

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred CHEVALIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 4 Mai 1907, à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

L'ESPRIT D'OBSERVATION DE LAENNEC

dans

Son Cours de 1824-1825

au

COLLÈGE DE FRANCE

Président de Thèse : M. BALTHAZARD, Professeur

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1933

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred CHEVALIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 4 Mai 1907, à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

L'ESPRIT D'OBSERVATION DE LAENNEC

dans

Son Cours de 1824-1825

au

COLLÈGE DE FRANCE

Président de Thèse : M. BALTHAZARD, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZAR

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTIER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE)

TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique obstétricale.....	MOCQUOT.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique chirurgicale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-ONCLE, prêtre.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma tendresse filiale pour leur grand dévouement.

A MA FIANCEE

Gage de ma respectueuse affection.

A MON ONCLE ET MES TANTES

En reconnaissance de tout ce qu'ils font pour moi.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Meis et Amicis.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A la mémoire de Monsieur le Docteur BRIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous avons toujours eu pour lui
la plus grande admiration.*

A la mémoire de Monsieur le Docteur TESSON
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A Monsieur le Docteur BOQUEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur DENECHAU
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur MARTIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur THOUVENIN
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur le Docteur BIGOT
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur le Docteur NEDELEC
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'HÔTEL-DIEU

A TOUS MES MAÎTRES DANS L'ENSEIGNEMENT
ET A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDÉ

*Que chacun trouve ici sa part de
reconnaissance,*

A Monsieur le Docteur TURLAIS

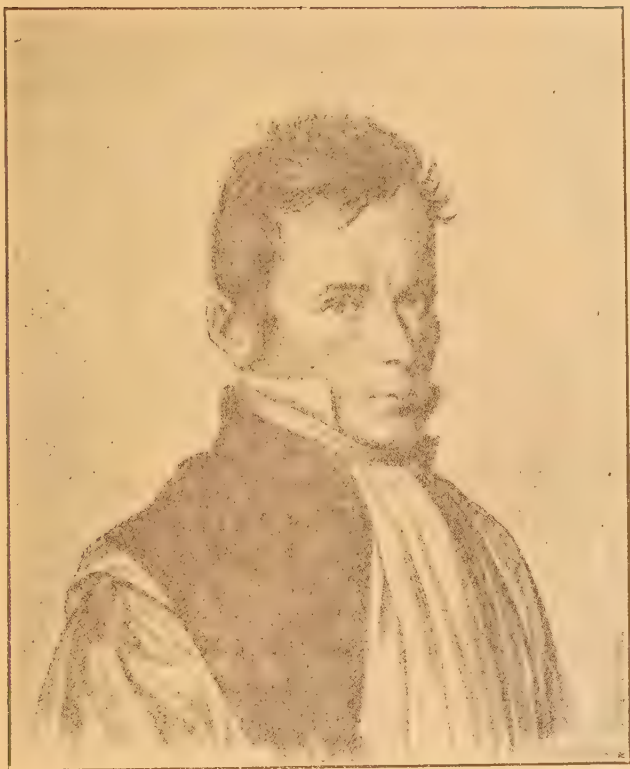
PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

*Il a toujours été pour nous, au
cours de nos études, un guide
sûr et dévoué. En témoignage
de notre vive reconnaissance.*

A notre Président de Thèse
Monsieur le Professeur BALTHAZARD
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de
cette thèse.*



LAENNEC
1781-1826

INTRODUCTION

« L'histoire du monde, a écrit Carlyle, c'est la biographie des grands hommes ». Cette pensée profonde et réconfortante, enferme à la fois l'espérance confiante dans les valeurs humaines, l'obligation de cultiver tous les moyens de les perfectionner, mais aussi les devoirs que nous inspire la gratitude envers les êtres supérieurs dont le labeur génial ou les vertus transcendantes ont rendu à leurs petits-neveux la vie plus belle, plus facile, plus sûre. Et comment pourrait-on mieux leur témoigner la reconnaissance et leur susciter des émules qu'en peignant leur existence, avec une dévotion d'autant plus fervente que, dans le domaine de l'esprit aussi, tout enfantement se fait dans la douleur, ou du moins connaît la douleur » (1).

Dans cette vaste histoire du monde, et depuis un siècle environ, le grand médecin breton René-Théophile-Hyacinthe Laennec, a pris place. N'est-il pas permis cependant de remarquer, avec le professeur Léon Bernard, que mis à part les documents contemporains, tels ceux de Toulmouche (thèse de Paris,

(1) Professeur LÉON BERNARD. — Préface du « LAENNEC » du D^r Henri DUCLOS. Flammarion, 1932.

1820), de Mériadec Laennec (thèse de Paris 1821), de Bayle (Notice historique sur Laennec 1826), ses continuateurs dans l'Art de la Médecine, débiteurs insolubles d'une dette contractée envers lui, n'ont peut-être que trop peu célébré sa mémoire? Ne visant pas à une étude bibliographique, qu'il nous soit permis cependant de mentionner la Conférence historique du Professeur Chauffard, faite à la Faculté en 1865, puis deux ouvrages plus récents, documents précieux pour quiconque étudie Laennec, dans lesquels nous avons été heureux de puiser : le premier est la belle thèse du Docteur Henri Saintignon : « Laennec — sa vie — son œuvre. Paris, 1904 », le second est le travail fouillé du Docteur Alfred Rouxeau, professeur à l'École de Médecine de Nantes : « Laennec avant 1806 », paru en 1912, puis « Laennec après 1806 », paru seulement en 1920, les années de guerre ayant obligé l'auteur à interrompre l'œuvre commencée et à ne l'achever qu'au lendemain de la paix. Joignons à ces ouvrages une vie de Laennec tout récemment parue, du Docteur Henri Duclos, munie d'une magnifique Préface du professeur Léon Bernard, et dont nous avons déjà cité un passage. Soudain, en 1926, à l'occasion du centenaire de sa mort, Laennec est sorti de l'oubli dans lequel il était peut-être tombé : de magnifiques fêtes se déroulèrent, au mois d'août, à Ploaré, puis en décembre à Paris et furent l'occasion de discours éminents. Au grand amphithéâtre de la Sorbonne ont successivement parlé les professeurs Ménétrier, d'Arsonval, Roger, Léon Bernard; à l'Académie de Médecine.

M. Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique; les professeurs Bar, Mirailhé, Maurice Letulle, E. Sergent, Ch. Achard; à l'hôpital Laennec, le docteur Rist; à l'Institut Pasteur, enfin, M. Calmette.

Que pouvons-nous bien dire maintenant sur Laennec ?... Tout est dit, et loin de nous l'idée d'entreprendre une œuvre originale. Néanmoins, ayant eu la bonne fortune de retrouver chez un de nos professeurs, le docteur Turlais, professeur de Physiologie à l'Ecole de Médecine d'Angers et médecin de l'Hôtel-Dieu, un document précieux et inédit, intitulé : « Notes sur le cours de Laennec, 1824-1825, au Collège de France », nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse de Doctorat. Ce document nous apparaît de plus en plus intéressant, si nous considérons avec M. Saintignon, qu'il n'existe de ce cours de 1824-1825 que quelques manuscrits très incomplets, comprenant seulement des leçons sur la vésanie, l'idiotisme, la rachialgie et l'otite.

René-Thophile-Hyacinthe Laennec était né à Quimper, le 17 février 1781. Son père, Théophile-Marie Laennec, devenu veuf en 1786 confie l'éducation de ses deux fils à son frère, l'abbé Michel Laennec, curé d'Elliant, qui nommé chanoine en 1788 au chapitre de Tréguier, confie à son tour les enfants à son frère Guillaume-François, médecin distingué à Nantes.

Elève de l'Institut Tardivel, puis au Collège de l'Oratoire, Théophile connaît les plus sombres jours de la Terreur. A l'automne de 1795, il commence ses études médicales sous la direction de l'oncle Guil-

laume. Il sert en même temps comme élève dans les hôpitaux militaires et obtient, en 1799, une commission de chirurgien de 3^e classe dans une expédition contre les insurgés du Morbihan.

Arrivé à Paris en avril 1801, il remporte au bout de deux ans, les deux premiers prix de chirurgie et de médecine. Il reçoit en 1804 le grade de Docteur, pour l'obtention duquel, il avait écrit une thèse remarquable sur les doctrines d'Hippocrate. Appelé dans la même année à faire partie de la société qui s'était formée au sein de la nouvelle faculté, Laennec prend bientôt rang parmi les grands médecins de l'époque, par une série de travaux sur divers sujets, en particulier sur l'Anatomie Pathologique, sa science préférée.

Des deux écoles médicales régnantes, celle de Pinel, qui, tout imbu de condillacisme dominant à cette époque, avait pris pour tâche de faire régner dans la Médecine l'analyse philosophique et les méthodes usitées dans les sciences naturelles, et celle de Corvisart, qui, moins occupée des questions de méthode, mais plus pratique, et dirigeant toute son attention vers les lésions anatomiques dans leur rapport avec les symptômes, c'est à cette dernière, qu'à l'exemple de Bayle, son collaborateur et ami, Laennec, esprit exact, peu porté vers les généralisations, donne la préférence, ne voyant pas de fondement plus solide pour la pathologie que la recherche des causes organiques de la maladie. Il en fait même l'objet d'un enseignement spécial qui lui permet de rivaliser avec les cours de

Dupuytren. Ces deux hommes, qui devaient suivre plus tard des voies si différentes avaient pris le même point de départ. On les vit même revendiquer tous deux la priorité de la classification, qu'ils avaient, les premiers, introduite dans ces recherches, ainsi que la description de plusieurs lésions anatomiques jusqu'à peu connues.

Dans cette période laborieuse de sa vie, c'est-à-dire de 1804 à 1816, Laennec qui ne s'est pas encore révélé tout entier, poursuit, tout en se livrant à la clientèle, les importants travaux dont il a enrichi les recueils du temps et notamment le « Dictionnaire des Sciences Médicales ».

Nommé médecin de l'Hôpital Beaujon en 1812, de la Salpêtrière en 1814, il voit, en 1816, une carrière nouvelle s'ouvrir devant lui : il est nommé médecin de l'hôpital Necker et c'est de là que va se répandre la découverte qui va illustrer son nom. Le traité de l'Auscultation médiate, qui avait été précédé d'un mémoire lu à l'Institut en 1818, et dont la première édition parut un an plus tard, donna la consécration de la publicité à des faits expérimentés par l'illustre praticien et vérifiés par nombre de médecins nationaux et étrangers.

Déjà atteint du mal qui devait l'emporter, Laennec se voit, en 1820, dans la nécessité d'interrompre sa carrière : c'était la fatale phtisie, l'objet de ses investigations, qui avait enlevé, plusieurs années auparavant, son ami Bayle à la science. Deux ans de repos dans le pays natal semblèrent en arrêter le cours, et

Laennec de retour à Paris en novembre 1822, était appelé par Hallé à lui succéder comme médecin de S. A. R. Mme la Duchesse de Berry et comme lecteur royal au Collège de France. C'est là que, dans des considérations élevées sur les éléments des maladies, il commença, contre l'Ecole Physiologique alors triomphante, une lutte très vive qu'il continua jusqu'à sa mort et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. On a reproché à Laennec d'avoir apporté dans cette guerre de doctrines et peut-être aussi de personnes, des préventions passionnées — mais qui passionna plus le débat que Broussais?... La faculté de médecine ayant été dissoute par Ordonnance Royale, en décembre 1822, Laennec fit partie de la commission chargée de la réorganiser et fut appelé en 1823 à occuper la chaire de Clinique Interne, ce qui n'était pas de nature à le réconcilier avec l'opinion libérale. Cette nouvelle position lui imposait de nombreux et pénibles devoirs. Il fut obligé de reconnaître bientôt que ses devoirs étaient au-dessus de ses forces. A peine eût-il mis la dernière main à la seconde édition de son Grand Traité qu'il reprit le chemin de la Bretagne et mourait à Kerlouarnec le 13 août 1826.

Le petit travail que nous nous proposons d'écrire ne peut être qu'un faible hommage à la gloire de Laennec, mais puisse-t-il conserver l'avantage de synthétiser ce que le futur médecin apprend de Laennec au cours de ses études, et notre but sera rempli.

Laennec, en effet, le jeune étudiant va retrouver ce nom depuis les traités d'Anatomie jusqu'à ceux de

Pathologie, en passant par l'Anatomie Pathologique et la Parasitologie.

Laennec, le voyageur retrouve ce nom sur le frontispice d'un des grands hôpitaux de Paris, sur une place de Quimper où on lui a élevé une statue, à Ploaré enfin où ses restes reposent. « Bien pittoresque, a dit M. Thibierge au jour du centenaire, ce cimetière de Ploaré où Laennec repose, sous une simple dalle en granit de Bretagne : les tombes modestes mais soigneusement entretenues et somptueusement fleuries s'étagent sur une pente douce qui semble conduire à la mer où tant de Bretons dorment leur dernier sommeil; on dirait que les flots les baignent, les flots de cette merveilleuse baie de Douarnenez, aux abords si gracieux, dominée de loin par le Menez-Hom. Le ciel, aujourd'hui, est idéalement pur, sans aucun nuage, la mer d'un bleu tout méditerranéen, l'aspect vraiment féérique... »

Laennec, enfin, c'est le grand Français qui, sans doute, a découvert l'auscultation médiate, mais a remis à l'honneur une méthode délaissée depuis les temps hippocratiques : la méthode d'observation. C'est bien cet esprit d'observation de Laennec que nous voudrions mettre en valeur dans ce modeste travail, cet esprit positif qui s'oppose à la fragilité des doctrines échafaudées sur une simple conception hypothétique dans laquelle on essaie d'enfermer les faits.

Nous diviserons ce travail en trois chapitres d'inégale valeur : Le premier, purement historique, fera

l'exposé des milieux scientifiques au début du xix^e siècle. Peut-être paraîtra-t-il étranger au sujet, mais il permettra cependant au lecteur de faire revivre Laennec dans le cadre où son activité s'est exercée. — Le second, très bref, fera l'histoire de la nomination de Laennec au Collège de France. — Le troisième, enfin, constituera la partie essentielle de ce petit travail, tendant à démontrer le talent observateur de Laennec dans son cours de 1824-1825.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance au Professeur Turlais qui a bien voulu nous fournir le sujet et les éléments de ce travail. Il nous a toujours témoigné, durant tout le cours de nos études, et particulièrement quand nous avons été son interne, les preuves de son dévouement et sa plus grande bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

LES MILIEUX SCIENTIFIQUES AU DEBUT DU XIX^e SIECLE

Quelle période de notre histoire nationale fut plus variée que celle qui prend naissance avec les vingt dernières années du XVIII^e siècle et qui se termine avec le premier quart du siècle suivant? En un temps si court, que de changements dans le gouvernement de notre pays, que d'institutions nouvelles, que de gloires sans doute, mais aussi, que de tristes lendemains ! Laennec, médecin, exclusivement médecin, est le témoin de cette époque inoubliable, qui malgré ses remous, est caractérisée par une renaissance littéraire, artistique, et marque aussi une ère nouvelle dans le domaine scientifique.

Certes, la curiosité et l'activité scientifique ne furent pas des nouveautés. Le XVII^e siècle avait compté des savants illustres, les italiens, Galilée et Torricelli, les Allemands Képler et Leibnitz, en France Descartes et Pascal, en Angleterre Newton. Grâce à eux, de grands progrès avaient été accomplis. Au XVIII^e siècle, sous l'influence exercée par les Encyclopédistes les sciences

devinrent la mode du jour : des écrivains comme Voltaire s'occupèrent de recherches scientifiques et l'on parlait sciences dans les salons. D'une part, les savants ne prétendirent plus être universels et commencèrent à se restreindre à un domaine précis : dans chaque ordre de sciences, le savant limite ses recherches à des points exactement définis. D'autre part, il se produisit pour les sciences le même fait que pour la littérature et les arts : un accroissement considérable du public instruit ou curieux de s'instruire. En même temps la condition des savants se transforma : alors qu'au ^{xvii}^e siècle et dans la première moitié du ^{xviii}^e siècle, le savant était généralement un amateur, travaillant pour lui par goût personnel, isolé, ne cherchant pas à former des disciples ; à partir de la révolution, les savants sont devenus des professeurs, enseignant dans des écoles nouvellement fondées. Que devait-il résulter de tout cela ? Une puissance de travail inconnue jusqu'alors, un développement prodigieux de l'esprit d'observation concentré sur un champ restreint et précis, qui, en s'opposant à la dispersion du génie des savants, explique le progrès énorme des sciences, ainsi que le transport des découvertes théoriques dans le domaine pratique. Après avoir analysé minutieusement les faits, on va chercher à les rattacher les uns aux autres, à découvrir entre eux une relation de cause à effet et on va ainsi relier une quantité énorme de phénomènes réputés jusqu'alors nettement distincts qu'on généralisera sous forme de lois.

En physique les travaux de Fresnel (1788-1827) et d'Ampère (1775-1836) ont détruit l'idée qu'il y avait autant de fluides impondérables que de catégories de phénomènes : le premier, en faisant de la lumière un mode de mouvement; le second, en prouvant sinon l'identité, du moins l'action réciproque des phénomènes électriques et magnétiques, ont supprimé des catégories inutiles et synthétisé la physique.

La Chimie moderne apparaît aussi à cette époque avec le nom de Lavoisier (1743-1794) qui reste en même temps le grand initiateur de la Physiologie générale. Alors que, quelques dix ans plus tard (1824) Sadi Carnot publiait ses « Réflexions sur la puissance motrice du feu », ou il affirmait la matérialité de la chaleur en ces termes : « La chaleur n'est autre chose que la puissance motrice, ou plutôt le mouvement qui a changé de forme : c'est un mouvement dans les particules des corps. Partout où il y a destruction de puissance motrice, il y a, en même temps, production de chaleur en quantité précisément proportionnelle à la quantité de puissance motrice détruite. Réciproquement, partout où il y a destruction de chaleur, il y a production de puissance motrice..... » Lavoisier écrivait en 1775 : « J'ai hasarde aujourd'hui de proposer à l'Académie des Sciences une théorie nouvelle de la combustion, ou plutôt, pour parler avec la réserve dont je me suis imposé la loi, une hypothèse, à l'aide de laquelle on explique d'une manière très satisfaisante, tous les phénomènes de la combustion, de la calcination et même en partie, ceux qui accom-

pagnent la respiration des animaux. » C'était le rôle de l'oxygène qui était découvert. En 1777, il publie un mémoire sur « la respiration des animaux et sur les changements qui arrivent à l'air en passant par leur poulmon ». Par une longue série d'expériences il prouve d'une façon certaine, que l'air est un mélange de quatre cinquièmes de mofette irrespirable (azote) et d'un cinquième d'air éminemment respirable (oxygène) : la respiration et la combustion produisent de l'air fixe ou acide crayeux aériforme (acide carbonique) qui précipite l'eau de chaux. « Pour ramener à l'état d'air commun et respirable, l'air vicié par la respiration, il faut, dit-il, opérer deux effets : 1°) Enlever à cet air, par la chaux ou par un alcali caustique, la portion d'acide crayeux aériforme; 2°) Lui rendre une quantité d'air éminemment respirable ou déphlogistiqué égale à celle qu'il a perdue. La respiration par une suite nécessaire, opère l'inverse des deux effets, et je me trouve ainsi conduit à deux conséquences également probables entre lesquelles l'expérience ne m'a pas encore mis en état de prononcer... ou la portion d'air éminemment respirable contenue dans l'air de l'atmosphère est convertie en acide crayeux aériforme en passant dans le poulmon, ou bien il se fait un échange dans ce viscère : d'une part, l'air éminemment respirable est absorbé, et de l'autre le poulmon restitue à sa place une portion d'acide crayeux aériforme presque égale en volume. » Par une intuition remarquable, entre les deux possibilités indiquées, il penche vers la seconde et aussitôt il induit : « Que la

couleur rouge du sang est due à la combinaison de l'air éminemment respirable avec une liqueur animale ». La respiration, ce que devait prouver Bichat, devient alors une combustion, combustion produite par un mécanisme qui n'est pas spécial aux êtres vivants, mais qui est identique à un phénomène banal des êtres inanimés.

Continuant son œuvre, Lavoisier, en collaboration avec le grand mathématicien Laplace, mesure les quantités de chaleur correspondant aux phénomènes respiratoires et conclut : « La respiration est une combustion, à la fois fort lente, mais parfaitement semblable à celle du charbon : elle se fait dans l'intérieur des poumons, sans dégager de lumière sensible, parce que la matière du feu devenue libre est aussitôt absorbée par l'humidité de ces organes, la chaleur développée dans cette combustion se communique au sang qui traverse les poumons et de là se répand dans tout le système animal ». Ainsi donc la respiration, véritable combustion, devient une des sources de la chaleur animale : respiration, combustion, chaleur dérivent les unes des autres et ne sont que les manifestations différentes d'un seul et même phénomène.

A une époque où la physique et la chimie, appuyées sur l'analyse mathématique, s'acheminaient vers la conservation de l'énergie, c'est-à-dire vers une conception tendant à l'unité des forces de la nature, à l'identité fondamentale des divers phénomènes, les sciences naturelles devaient suivre aussi cette tendance. A la suite de comparaisons faites par certains anato-

mistes tels que Belon et Vick d'Azyr, la question de la fixité de l'espèce, jusque-là admise sans conteste, commençait à être attaquée par une théorie nouvelle conduisant à admettre l'uniformité d'organisation des animaux. Alors que Linné (1707-1778) pensait qu'à l'origine chaque espèce animale ou végétale avait été créée par paire, que De Jussieu (1686-1758) définissait l'espèce une succession d'individus entièrement semblables perpétués au moyen de la génération et que Cuvier (1769-1832) croyait que les faunes et les flores étaient spéciales à chaque couche géologique, ayant donc nécessité une série de périodes de destruction; Buffon (1707-1788) le premier, avait insisté sur le pouvoir de la nature et le rôle du temps pour expliquer l'évolution des animaux et les ramener à une organisation identique. Pour passer de cette idée à celle de la continuité généalogique, le pas fut vite franchi dans les milieux philosophiques comme le montre le passage suivant d'une lettre de Diderot à d'Alembert : « Tous les êtres circulent les uns dans les autres et, par conséquent, toutes les espèces... tout est en flux perpétuel. Tout animal est plus ou moins homme; tout minéral est plus ou moins plante; toute plante est plus ou moins animal. Ne concevez-vous pas que tout se tient en nature et qu'il est impossible qu'il y ait un vide dans la chaîne. » Cette théorie qui existait depuis longtemps sous forme de doctrines vagues, individuelles et fantaisistes, devenait à l'ordre du jour : elle allait être exposée par un ancien officier devenu Professeur titulaire de la Chaire des

« Animaux inférieurs (insectes et vers) » au Muséum d'Histoire Naturelle : Lamarck (1781-1829). Développant et classant les collections du Muséum, il expose ses théories sur l'évolution des espèces dans le « Système des Animaux sans Vertèbres-1801 » et surtout dans la « Philosophie zoologique-1809 », ouvrage passé à peu près inaperçu à l'époque, et qui devait connaître un succès sans précédent en 1854, à l'apparition de l'ouvrage de Charles Darwin : « L'Origine des espèces ».

Mais si on restait indifférent devant la question de la lumière « vibration » ou « émission », il n'en fut pas de même en 1816, lorsqu'éclata la querelle qui mit aux prises Georges Cuvier alors professeur d'Anatomie au Muséum, fixiste, et Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844), partisan de l'évolution, querelle qui ne prit fin qu'en 1832, à la mort même de Cuvier.

Cuvier, observateur attentif et prudent, ne s'appuie que sur des faits parfaitement vus. Il compare les animaux entre eux et il conclut de ses observations que les organes les plus importants sont aussi les plus constants. Il établit ainsi le principe de la subordination des caractères sur lequel est fondée la classification. Les caractères choisis sont hiérarchisés : les uns sont dits dominateurs, les autres subordonnés. En s'appuyant d'une part sur le système nerveux qu'il considérait comme dominateur, et d'autre part sur cette idée de l'unité de l'organisation animale, il divise le règne animal en quatre embranchements : Vertébrés, Mollusques, Articulés, Rayonnés.

D'autre part, en considérant les diverses particularités d'un organisme et en les comparant à l'ensemble, il constate que l'organisme forme un tout complet dans lequel les diverses parties ne peuvent varier sans que toutes les autres subissent des modifications correspondantes. Il constate que certains caractères sont liés à d'autres : tels la présence de poils, l'allaitement des jeunes, la présence de vertèbres, la respiration pulmonaire dans la Classe des Mammifères par exemple sont des caractères dépendant l'un de l'autre qui font de cette classe un groupe homogène. De même dans divers groupes de Mammifères carnivores ou herbivores, la forme des dents est en corrélation avec les terminaisons des membres, avec le régime alimentaire, la forme et la longueur du tube digestif. « La forme de la dent, écrivait-il (*Discours sur les Révolutions du Globe*) entraîne la forme du condyle, celle de l'omoplate, celle des ongles, tout comme l'équation d'une courbe entraîne toutes ses propriétés; et de même qu'en prenant chaque propriété séparément pour base d'une équation particulière, on retrouverait l'équation ordinaire et toutes les autres propriétés quelconques, de même l'ongle, l'omoplate, le condyle, le fémur et tous les autres os pris séparément, donnent la dent ou se donnent réciproquement ». Il introduit ainsi dans l'Anatomie comparée le principe de la corrélation des caractères, principe qui, joint à celui de la subordination constitue une des bases de la classification des animaux.

Pour Cuvier, en effet, les espèces ont été créées tel-

les que nous les voyons aujourd'hui; il existe, dit-il, quatre plans généraux d'après lesquels tous les animaux semblent avoir été modelés et dont les divisions ultérieures, de quelque titre que les naturalistes les aient décorées, ne sont que des modifications assez légères fondées sur le développement ou l'addition de quelques parties qui ne changent rien à l'essence du plan. La classification est donc achevée et parfaite.

— Etienne-Geoffroy Saint-Hilaire, au contraire, oppose ses conceptions à celle de Cuvier. Comme à tout partisan de l'évolution, la classification lui apparaît ni complète, ni achevée, elle est et sera toujours changeante. Reprenant les idées de Buffon, il croit que tous les Vertébrés sont construits sur le même plan. Il établit le principe du balancement des organes, d'après lequel le développement d'un organe entraîne l'atrophie d'un autre. Il émet l'hypothèse des variations brusques, admet que les changements rapides du milieu peuvent agir plus facilement sur les embryons et déterminer ainsi l'apparition de monstruosité qui ne sont pas autre chose que des espèces nouvelles. Faisant entrer dans les sciences de la nature le procédé de l'Analogie, procédé de logique qui conclut de certaines ressemblances observées à d'autres ressemblances non encore observées, soit de la ressemblance des moyens à celle des fins, des effets à celle des causes, il compare le bras de l'homme, la jambe du quadrupède, l'aile de l'oiseau, la nageoire du poisson. Mais, comme le fait remarquer M. Ernest Lavisse (Histoire de France contemporaine) : « Cuvier n'aban-

donne pas le terrain de la science pure; il est l'ennemi des généralisations aventureuses, n'aimant à produire des vues d'ensemble que lorsqu'elles jaillissent du rapprochement des faits. Attitude prudente, où il est d'autant plus fort que son adversaire hardi, choisit ses exemples parmi les cas les plus embarrassants, les plus contestables, et va d'emblée à la limite extrême des conclusions possibles. La science impeccable de Cuvier détruit ses audaces, conteste le plus souvent avec raison les « analogies » de Geoffroy, en démontre la fausseté, et dédaigne ensuite de discuter des conclusions établies sur des fondements aussi fragiles. »

De fait Cuvier était sorti, aux yeux du public, vainqueur de Geoffroy et de Lamarck et son esprit triomphait pour la première moitié du xix^e siècle.

Les sciences biologiques (mot nouveau que vient de créer Lamarck), comprenant « tout ce qui se rapporte aux corps vivants et particulièrement à leur organisation, à leur développement, à leur complication croissante dans l'exercice prolongé des mouvements de la vie » devaient-elles aussi s'orienter vers cet esprit d'unité.

L'anatomie ébauchée au temps d'Aristote (384-322 av. J.-C.) par l'Ecole d'Alexandrie dans laquelle on pouvait pratiquer la dissection du cadavre humain, tombée en décadence au Moyen-Age, à une époque où la dissection était étroitement réglementée, remise en honneur à la Renaissance avec Vésale (1514-1564) et Sylvius (1614-1672) s'orientait vers une conception

nouvelle avec Xavier Bichat (1771-1802). Venu à Paris en 1793 après avoir étudié la chirurgie à Lyon, il remplace Desault, en 1795, à la Chaire d'Anatomie de la Faculté de Médecine. Il publie, en 1800, « Ses recherches physiologiques sur la vie et la mort » ; en 1801 « Anatomie générale appliquée à la Physiologie et à la Médecine », mais meurt en 1802, ayant déjà pu rédiger deux volumes d'Anatomie descriptive. L'Anatomie devenait avec lui une science nouvelle, d'où sortira l'histologie. Il dépasse la conception de l'organe à laquelle s'est arrêtée jusqu'à lui l'analyse anatomique pour rechercher les éléments communs et spécifiques dont se composent les divers organes ou qui les caractérisent et qui sont la base de leur fonctionnement. Pour les distinguer, il utilise l'expérimentation sur l'animal vivant, l'observation de l'homme en santé et en maladie, l'étude du cadavre, l'action des agents physiques et chimiques sur les organes morts : « Tous les animaux, conclut-il, sont un assemblage de divers organes qui, en exécutant chacun une fonction, concourent, chacun à sa manière, à l'exécution du tout. Ce sont autant de machines particulières dans la machine générale qui constitue l'individu. Or, ces machines particulières sont elles-mêmes formées par plusieurs tissus de natures très différentes et qui forment véritablement les éléments des organes... La chimie a ses corps simples... l'anatomie a ses tissus simples qui, par leurs combinaisons, forment les organes ». Il arrive ainsi à distinguer vingt-et-un tissus. Selon la thèse transformiste,

les êtres vivants, animaux et végétaux, devaient avoir un point de départ commun : c'est la cellule avec son protoplasma et son noyau : tendance à l'unité anatomique.

Sous l'influence de l'observation minutieuse de naturalistes comme Cuvier et Lamarck, d'un chimiste comme Lavoisier, d'un anatomiste comme Bichat, la Physiologie allait s'orienter vers le terrain expérimental avec Magendie (1783-1855) et Flourens (1794-1867). Cette science, fondée par Galien (131-200 apr. J.-C.) qui comprenait déjà le rôle du cerveau et de la moelle épinière, lorsqu'il écrivait : « Les nerfs jouent le rôle de conduit apportant aux muscles la force qu'ils tirent du cerveau comme d'une source », mais dont les erreurs relatives à la circulation devaient être relevées au xvi^e siècle par Michel Servet (1509-1553) qui découvre la circulation pulmonaire et par le médecin de Charles I^{er}, William Harvey (1578-1658) qui découvre la grande circulation, commençait des progrès qui devaient se continuer jusqu'à nos jours. Ouvrant un cours privé durant lequel il expérimente devant ses auditeurs, Magendie fait paraître, en 1816, son *Précis de Physiologie*. A la demande de Laplace, Montyon fonde, pour l'encourager, un prix de Physiologie à l'Académie des sciences. Il y était élu en 1821 et, en 1830, accède au Collège de France dans la Chaire qu'occupait peu avant Laennec. Objectiviste comme son prédécesseur, il part de l'observation minutieuse et répétée pour passer à l'expérimentation : « Chacun, disait-il, se compare dans sa sphère à quelque chose

de grandiose, à Archimède, à Michel-Ange, à Newton, à Descartes... Louis XVI se comparait au Soleil. Quant à moi, je suis beaucoup plus humble, je me compare à un chiffonnier. Avec mon crochet à la main, et une hotte sur le dos, je parcourt le domaine de la science et je ramasse ce que je trouve ». Il devait y trouver des merveilles : reprenant les travaux de Charles Bell (1811), il sectionne séparément, puis simultanément les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens, et découvre que les racines antérieures sont motrices, les racines postérieures sensibles, mais que les fibres sensibles venues des racines postérieures pénètrent dans les racines antérieures et ajoutent à leur fonction motrice une sensibilité récurrente.

Quelques années plus tard, Flourens, arrivé à Paris en 1814, élu à l'Académie des sciences en 1828, entreprend de nouvelles recherches : il démontre que l'ablation de la totalité des hémisphères cérébraux chez le pigeon ne lui enlève pas la vie, mais qu'il devient inerte, dépourvu de spontanéité : immobile, il semble sommeiller, mais secoue parfois ses plumes et les lisse avec son bec. Quand on l'excite, il semble s'éveiller, marche et vole, se pose sans hésitation sur son perchoir. Mais il ne vole ni ne marche spontanément et se laisse mourir de faim auprès d'un tas de grains. De plus, Flourens reprend les expériences sur la coloration des os par la garance et met ainsi en évidence le rôle ostéogène du périoste. La méthode expérimentale était ainsi désormais instaurée, celle que devait suivre le préparateur, puis le successeur de

Magendie au Collège de France, Claude Bernard (1813-1878), ainsi que le successeur de Flourens à ce même Collège, Marey (1830-1904).

Conséquence des progrès de l'anatomie et de la physiologie, la médecine devait suivre aussi l'évolution scientifique. Le XVIII^e siècle avait recherché la vraie méthode applicable à cette science, mais ne l'ayant point trouvée, la médecine n'avait à peu près fait aucun progrès depuis Hippocrate et Galien. A l'époque d'un Lavoisier pour la Chimie, d'un Lamark pour l'Histoire Naturelle, d'un Bichat pour l'Anatomie, d'un Magendie pour la Physiologie, un homme allait paraître qui allait découvrir ou plutôt aiguiller la Médecine vers une méthode nouvelle, donc en permettre les progrès : cet homme fut Laennec; comme l'a dit M. Gallois, il fut « le Lavoisier de la Médecine ».

A cette époque, en effet, on avait essayé aussi d'appliquer à la Médecine la méthode synthétique, et deux méthodes avaient été proposées : celle des systèmes et celle des classifications. La première, dérivée de Copernic, reprise par Descartes, qui essaya de l'appliquer à la Philosophie, consistait à rechercher une vérité première incontestable, et d'en tirer, par déduction, toute une série de propositions forcément justes, d'où on pourrait faire dériver toutes les autres : c'est alors qu'on vit apparaître toute une foule de systèmes : le vitalisme, l'humorisme, le solidisme, l'animisme... La seconde reprenait les classifications des botanistes et prétendait qu'il suffirait de trouver, pour les maladies, une classification naturelle analo-

gue pour faire faire à la médecine des progrès semblables. Ces deux méthodes ne donnèrent aucun résultat.

Deux écoles, au commencement du xix^e siècle, se partageaient l'enseignement médical. Il existait entre elles une certaine rivalité. Elles représentaient chacune une doctrine spéciale et prenaient le nom de leur chef respectif : l'Ecole de la Salpêtrière, avec Pinel, d'une part; l'Ecole de la Charité, avec Corvisart, d'autre part.

Pinel (1745-1826) est un représentant de la méthode des classifications. Médecin aliéniste, après des études faites à Montpellier, il s'était distingué par des travaux scientifiques très variés, depuis les mathématiques jusqu'à l'Histoire Naturelle. Appliquant son esprit scientifique à la Médecine, et croyant qu'on pouvait assimiler cette science aux autres sciences et donc lui appliquer la même méthode, il avait publié en 1798, la « Nosographie Philosophique », ouvrage qui connut un gros succès. Reprenant la méthode des classifications à l'aide de laquelle Tournefort, Linne et de Jussieu avaient fait de grands pas en botanique, il s'imagina qu'il suffirait de trouver pour les maladies une classification naturelle analogue et présenta une classification nouvelle des maladies, semblable à celle des botanistes : classes, ordres, genres, espèces et variétés. Les maladies, se disait-il, étant des changements passagers plus ou moins durables dans les fonctions de la vie, chacune d'elles forme un tout invisible depuis son début jusqu'à sa terminaison, présentant

un ensemble régulier de symptômes caractéristiques et une succession de périodes, avec une tendance de la nature le plus souvent favorable, mais quelquefois funeste, donc susceptibles d'être classées. Cette classification avait comme bases : l'anatomie des systèmes organiques, la physiologie, les différences symptomatiques. Ainsi les méninges, les plèvres, le péritoine étant des membranes séreuses, bien que se trouvant dans des parties différentes du corps, devront être réunies dans une même classe, si on constate des lésions analogues. C'est de cette idée même que Bichat avait tiré sa conception de la différenciation des tissus.

Pinel arrivait ainsi à classer les maladies en quatre groupes : les Fièvres essentielles, les Phlegmasies, les Hémorragies et les Névroses. La classe des Fièvres essentielles, appelées ainsi parce qu'on ne pouvait les rattacher à aucune lésion causale, se divisait en six ordres : 1) La fièvre angioténique ou inflammatoire; 2) La fièvre méningo-gastrique ou bilieuse; 3) La fièvre adéno-méningée, muqueuse ou pituiteuse; 4) La fièvre adynamique ou putride; 5) La fièvre ataxique ou maligne; 6) La fièvre adéno-nerveuse ou pestilentielle. C'était une classification solidiste.

A cette école de Pinel, à laquelle avait appartenu Bichat, à laquelle appartenait alors Broussais, qui devait porter, quelques années plus tard, le dernier coup à son vieux maître, dans la première édition de son « Examen de la Doctrine Médicale-1816 », s'opposait à l'Ecole de la Charité avec son Maître Corvisart.

Corvisart (1775-1821) avait succédé en 1788 à la Charité, à Desbois de Rochefort et, surpassant son Maître, était vite devenu un véritable Chef d'Ecole. Clinicien avant tout, il s'appliquait à faire de l'observation clinique la base de la Médecine : « Les maladies, disait-il, ne se ressemblent pas entre elles, même celles qui sont de la même espèce. Il n'y a pas plus deux maladies semblables dans la nature qu'il n'y a deux feuilles de plantes exactement pareilles ». Séparer les maladies en tant de divisions et de subdivisions était inutile pour lui, l'important était de bien observer les faits cliniques, de bien contrôler ensuite par les autopsies les lésions qu'on pensait trouver, et de donner ensuite les remèdes empiriques consacrés par l'usage. Sa science préférée était l'anatomie pathologique : les autopsies étaient régulièrement faites et le Maître y assistait; avant l'ouverture du corps, il décrivait ce qu'il pensait y trouver. Tels signes morbides avaient été observés sur le vivant, tel diagnostic avait été porté, donc tel organe devait être lésé. Cet enseignement avait l'avantage de mettre en évidence les relations qui existent entre les phénomènes pathologiques et les altérations organiques qui en sont la cause ou l'effet.

Laennec fut l'élève de Corvisart. C'est à cette école Anatomico-Clinique qu'il développa son talent d'observateur. Durant toute sa carrière médicale, nous le retrouvons fidèle à sa méthode : après sa découverte de l'auscultation médiate, étant médecin de l'Hôpital Necker, il invitait aux autopsies, comme le faisait

jadis son Maître, les Médecins les plus éminents de Paris et annonçait, toujours, avant l'ouverture du corps, les lésions qu'on devait y trouver. Aucune observation des 100 lits de son service ne lui échappait et il raconte lui-même comment sa visite avait lieu : « Lorsqu'un malade entre à l'Hôpital, un élève est chargé de recueillir sur lui les renseignements anamnestiques qu'il peut donner sur sa maladie, et d'en suivre la marche. En examinant moi-même le malade, je dicte les symptômes principaux que j'observe, ceux surtout qui peuvent servir à établir le diagnostic ou les indications curatives et je porte mon jugement, sauf à le redresser, s'il y a lieu, par des observations subséquentes. Cette dictée qui se fait en latin, pour des raisons faciles à sentir, est recueillie par l'élève chargé du malade et en même temps sur un cahier séparé que j'appelle feuille de diagnostic, et qu'un autre élève est chargé spécialement de tenir, afin qu'on puisse me le représenter et le relire au besoin à chaque visite. Lorsqu'il se présente quelque signe nouveau et propre à modifier le premier diagnostic, je l'y fais ajouter également. Si le malade succombe, le procès-verbal de l'ouverture est recueilli par l'élève chargé de l'observation. Je relis ce procès-verbal en présence de tous ceux qui ont assisté à l'ouverture et, s'il y a lieu d'y faire quelques corrections, je le fais sur le champ, et après avoir pris leur avis ».

Pourquoi Laennec fut-il l'élève de Corvisart? Comme le fait remarquer M. Henri Saintignon, fût-ce par simple conviction scientifique, sachant assez de Méde-

cine pour bien juger en connaissance de cause, fût-ce plutôt qu'il fut entraîné à la Charité d'abord par son stage obligatoire, puis par son ami Bayle qui, depuis plusieurs années, jouissait de l'estime et de l'amitié de Corvisart? Quoiqu'il en soit, il allait faire triompher la méthode anatomo-clinique, à une heure difficile, où Broussais l'attaquait violemment et où le Professeur Selle, de Berlin, déclarait que l'anatomie Pathologique ne pouvait rien nous apprendre sur la nature des maladies.

A ce moment, en effet, surgissait une théorie nouvelle, professée par un ancien élève de Pinel, Broussais.

Né à Saint-Malo, en 1772, François-Joseph-Victor Broussais avait été un zélé partisan de la Nosographie philosophique, et avait passé sa thèse en 1803, intitulée « Recherches sur la Fièvre hectique, considérée comme étant dépendante d'une lésion d'action des différents systèmes sans vice organique », dans laquelle il exagérait encore les doctrines de son maître. Treize ans plus tard, en 1816, il fait paraître la première édition de son « Examen de la doctrine médicale généralement adoptée », dans laquelle il attaque et les théories de Pinel et l'Ecole de la Charité. Il rejette tout ce qui a été admis jusqu'alors et essaye de terrasser toutes ces maladies « vains fantômes de l'antique nuit », créées de toutes pièces par ceux qu'il appelle les « ontologistes ».

Pour Broussais, le grand agent vital, le « primum movens » de toutes les fonctions de la vie : c'est l'irri-

tation. Si l'irritation se montre dans de justes limites, les fonctions s'exécutent normalement, il y a équilibre : c'est l'état de santé. Si l'irritation est en moins, c'est la faiblesse; si elle est en plus, il y a inflammation. Toute maladie est due à un excès ou à un défaut d'irritation, mais l'excès est de beaucoup le plus fréquent.

Qu'est-ce maintenant que l'irritation? « On exprime, dit Broussais, par le mot irritabilité, la faculté que les tissus possèdent de se mouvoir par le contact d'un corps étranger, ce qui fait dire que les tissus ont senti ce contact... La sensibilité est la conséquence de l'irritabilité, tandis que l'irritabilité n'est pas la conséquence de la sensibilité; en d'autres termes, il faut être irritable pour être sensible. On voit que l'irritabilité est commune à tous les êtres vivants, depuis le végétal jusqu'à l'homme et qu'elle est continue, tandis que la sensibilité est propre à certains animaux, qu'elle n'est pas continue et qu'elle ne se manifeste que sous des conditions déterminées. Ces conditions sont l'existence d'un appareil nerveux, muni d'un centre, c'est-à-dire d'un cerveau, et un état particulier de cet appareil... L'irritation suppose : 1) Des corps vivants qui peuvent agir plus qu'à l'ordinaire dans un temps donné; 2) Des corps ou des objets vivants qui leur font éprouver ce surcroît d'action; d'où trois ordres de puissances stimulantes ou excitantes : les corps extérieurs, excitation convergente; l'influence du cerveau sur les tissus, excitation divergente, l'influence des organes les uns sur les autres ».

Cette doctrine, dite physiologique, eut un immense succès. Mais, bâtie sur des prétendues propriétés que Broussais n'avait jamais vues, elle choquait l'esprit objectif de Laennec. Une lutte devait s'engager, courtoise de la part de Laennec, nous dit M. Saintignon, violente et brutale au contraire de la part de Broussais.

A l'attaque de Laennec qui appréciait la doctrine physiologique en ces termes : « Un médecin dont les opinions ne paraissent d'ailleurs mal fondées qu'en ce qu'elles ont en général de trop excessif », Broussais répondait :

« De quel droit M. Laennec avance-t-il que mes opinions sont trop générales, trop exclusives, sans prendre la peine de les réfuter? Est-ce là l'exemple que je lui ai donné?... Quand j'énonce un jugement sur un auteur, je n'attaque ni ses mœurs, ni sa probité comme citoyen, ni son caractère d'homme privé, mais s'il est nécessaire, j'attaque sa probité et son jugement littéraires, parce qu'ils sont du domaine de la critique littéraire. Je me crois en droit de dire qu'un auteur a fait un jugement faux dans la question que je traite, qu'il a été citateur infidèle... tandis que si je l'avais insulté comme homme privé, je serais aussi blâmable. C'est ainsi que j'agis avec M. Pinel... que je me suis conduit avec M. Bayle... enfin, c'est de la sorte que je traite maintenant M. Laennec. Que M. Laennec ne prétende pas s'excuser en alléguant que mes opinions ne lui paraissent mal fondées qu'en ce qu'elles ont de trop exclusif. Il fallait montrer le juste à côté de

l'erroné, mais le fait est qu'il ne m'a jamais cité que pour me blâmer et qu'il a profité de mes observations sans me nommer. Cette méthode est usée, et je crois, sans attaquer la personnalité sociale de M. Laennec, pouvoir la qualifier de mauvaise foi littéraire. Ce n'est pas ainsi que j'agis envers lui; lorsque je blâme ce qui me paraît erroné dans ses écrits, j'ai bien soin d'applaudir à ce qui me paraît digne d'éloges. Puisqu'il me trouve trop exclusif, qu'il prenne la plume... Serait-ce plutôt par le dédain que M. Laennec aurait crû devoir me répondre? Eh bien ! moi, je suis loin de dédaigner M. Laennec. En conséquence, je vais l'attaquer très sérieusement dans l'intérêt de la Science et de l'Humanité... »

A cette théorie de l'irritation, Laennec ne pouvait répondre que par des objections remplies de bon sens. Son adversaire accusant de fataliste le fait qu'il considérait les tubercules comme poursuivant une marche invariable, il ripostait : « Je pense qu'il y a beaucoup de maladies que nous ne savons ni prévenir, ni guérir, au moins d'une manière certaine et incontestable. Il ne s'agit plus, ce me semble, de savoir si cela est triste, il s'agit de savoir si cela est vrai ». Et ailleurs : « M. Broussais croit-il que le naturaliste qui a trouvé sur le même buisson la larve, la nymphe et le papillon dans leurs divers degrés de développement ait besoin, pour décrire les métamorphoses de cet insecte, de s'enfermer dans l'œuf ou dans la chrysalide ? Pense-t-il que Hunter, Meckel, Tillemann et Pander soient rentrés dans le sein de leurs mères pour étudier le développement du fœtus ? »

Voici enfin une mise au point claire et précise :
« Monsieur Broussais et moi, écrit Laennec, cultivons des sciences tout à fait différentes, sinon dans leur but définitif, au moins dans leur objet immédiat. Le but que je me suis constamment proposé dans mes études et recherches a été la solution des trois problèmes suivants : 1° distinguer sur le cadavre un cas pathologique aux caractères physiques que présente l'altération des organes; 2° le reconnaître sur le vivant, à des signes certains, et autant que possible physiques et indépendants des symptômes, c'est-à-dire du trouble variable des actions vitales qui l'accompagnent ; 3° combattre la maladie par les moyens que l'expérience a montrés être les plus efficaces : en un mot, j'ai tâché de mettre, sous le rapport du diagnostic, les lésions organiques internes sur la même ligne que les maladies chirurgicales, et j'ose croire que tous les médecins instruits qui voudront se donner la peine de vérifier les faits contenus dans cet ouvrage (traité de l'Auscultation médiate) trouveront que j'ai atteint mon but pour un assez grand nombre de cas. M. Broussais, au contraire, s'est élevé à la recherche des causes prochaines; il méprise les détails minutieux de l'observation, la distinction des cas, et implicitement même la sûreté du diagnostic; car il raisonne toujours dans l'hypothèse qu'il est inutile de distinguer les uns des autres tous les cas auxquels il attribue une cause semblable; et il attribue la plupart des maladies à une seule cause, l'irritation.

Et ailleurs :

« Je ne chercherai point, sur les pas de Linné, de Sauvages, de Cullen et de Pinel, à diviser les maladies en genres et en espèces, à la manière des naturalistes : la nature de la science que nous cultivons ne permet pas, ce semble, d'espérer la résolution d'un semblable problème. Les espèces zoologiques et botaniques sont des êtres et les maladies ne sont que des modifications dans la texture des organes de l'économie animale, dans la composition de ses liquides ou dans l'ordre de ses fonctions.

Je tenterai encore moins de remonter aux causes premières, ou, pour me servir du terme des écoles, aux causes prochaines des maladies. La vanité de ce genre de recherches est suffisamment prouvée par l'oubli profond où sont successivement tombées toutes les théories de ce genre, excepté celles dont les auteurs, sont encore vivants : encore subissent-elles chaque jour tant de modifications que les auteurs mêmes montrent assez par là combien ils sont peu sûrs d'avoir trouvé la vérité.

Je me contenterai seulement de décrire les maladies des organes thoraciques, c'est-à-dire les cas pathologiques tranchés et distincts les uns des autres. J'exposerai les caractères auxquels on peut les reconnaître sur le vivant et sur le cadavre. J'indiquerai les méthodes de traitement que l'expérience a fait reconnaître pour les plus efficaces. Toutes les fois que le trouble des fonctions, qui constitue à proprement parler l'état de maladie, sera évidemment sous la dépendance d'une altération des organes ou lui sera lié, de

manière à être en rapport direct d'intensité avec elle, je commencerai la description de la maladie par cette altération, parce qu'elle est ce qu'il y a de moins variable et de plus positif dans la maladie ».

Quel contraste frappant entre ces deux personnages ? L'un vitaliste, de caractère bouillant entre bruyamment dans l'arène et répand une doctrine qu'il soutiendra dans une lutte acharnée et jusqu'à la mort avec une énergie farouche et un très grand talent. On a dit qu'il était le Danton de la Médecine. « Broussais, en effet, écrit le Dr Barbillion, avait du célèbre tribun la large encolure, les formes athlétiques, l'éloquence enflammée et brutale, l'indomptable énergie. La vie des camps n'avait fait qu'accroître l'absolutisme impérieux de son caractère. Il était de ceux que la contradiction et plus encore l'indifférence atteignent comme une insulte... Ses écrits sentent la poudre. D'eux et de sa personne, il se dégage une impression violente qui fait songer au tumulte des batailles et au sifflement des balles.

L'autre, au contraire, anatomiste et clinicien, de caractère froid, oppose aux violences son sourire malicieux, convaincu qu'il est dans la vérité. « Jamais, écrit le Dr Saintignon, il ne connut la passion... sa vie se passa dans le calme absolu, dans l'austérité du travail et dans la joie sereine du devoir accompli... Naturellement bon et bienveillant, quand il usa de son crédit, ce fut toujours pour rendre service, jamais pour nuire. « Je n'ai, dit de Kergaradec, jamais entendu sortir de la bouche de Laennec, une seule parole,

pas la plus légère insinuation qui put paraître une provocation indirecte à sa propre glorification. »

Le temps, dans sa froide impartialité, a jugé cette lutte qui, commencée en 1816, ne devait se terminer qu'en 1826, à la mort de Laennec. Quant à Broussais, il mourut en 1838. Le journal qu'il avait fondé en 1832 « Les Annales de la Médecine Physiologique », après quelques années de splendeur, avait cessé de paraître en 1834, enterrant une théorie, qui très brillante sans doute, mais s'opposant à la réalité des faits, avait à peine vécu une quinzaine d'années.

C'est bien grâce à l'action vraiment scientifique de ces divers milieux que la science médicale va sortir des théories vagues et fantaisistes dans lesquelles elle était tombée, théories consacrées par un temps plus ou moins lointain et auxquelles on osait toucher. Les temps étaient venus pour Laennec : il va surgir en effet pour apporter aux esprits méthodiques et observateurs la moisson d'observations minutieuses dues à son génie pratique.

CHAPITRE II

CONDITIONS QUI FIRENT NOMMER LAENNEC AU COLLEGE DE FRANCE

L'année 1822 devait ouvrir à Laennec les portes du Collège de France. En 1818, au moment où il mettait le point final à son premier manuscrit de l'auscultation, il avait été obligé d'abandonner son ouvrage, ses études et sa pratique médicale. Après deux années de repos en Bretagne, au manoir de Kerlouarnec, il était revenu à Paris au mois de janvier 1822. Cette période, qui devait être la dernière, devait être aussi celle de la gloire.

Dès avant son retour, son ancien maître Corvisart étant mort le 19 septembre 1821, des élections avaient lieu à l'Institut le 19 novembre suivant. Bien que Laennec ne fut pas candidat, Hallé se leva au moment du scrutin pour poser sa candidature, ce qui montre en quelle estime le vieux professeur tenait son élève et ses travaux récents. Voici, d'après le D^r Roux, comment la séance se passa : « A l'Institut, les candidats étaient : 1^o Chaussier et Desgenettes; 2^o Bally,

Bertin, Alibert et un quatrième dont je n'ai pu déchiffrer le nom ; 3° Magendie et Orfila. Les élections eurent lieu le 19 novembre. Au moment du scrutin, Hallé se leva et posa nettement la candidature de Laennec. Tout le monde de se récrier « mais il n'habite plus Paris ». — « Mais si, j'ai la certitude de son retour », et il se mit en mesure d'exposer les titres de son candidat. On s'y opposa; c'eût été peine perdue, chacun ayant son siège fait, et le scrutin s'ouvrit. Au premier tour, Magendie et Chaussier eurent chacun 25 voix et Laennec 3. — Je regrette d'ignorer les noms des deux immortels qui s'étaient joints à Hallé, car Laennec n'aurait jamais cru être l'objet d'une estime particulière de leur part. Quoiqu'il en fût, ces trois voix dissidentes étaient les arbitres de la situation. On parla. Les amis de Magendie s'engagèrent à voter pour Laennec à la première vacance; ceux de Laennec consentirent à reporter leurs voix sur Magendie, et celui-ci fut élu au second tour par 28 voix contre 25 données à Chaussier. L'Institut, il faut le reconnaître, était mal disposé pour Laennec : le 31 janvier 1822, Ollivry faisait des vœux pour que « cessât bientôt la méchante influence des jaloux » qui l'en avait éloigné, et les élections suivantes montrèrent qu'à l'Institut, comme ailleurs, on pouvait, suivant les candidats, se montrer fidèle ou non à ses engagements ».

A peine de retour à Paris, sans appartement, sans son mobilier qui est resté en Bretagne, Laennec, doutant toujours de sa santé, s'installe, « tout comme un

voyageur, Hôtel du Bon La Fontaine et reprend son service à l'hôpital Necker. Il y recommence son enseignement au lit du malade et apprend avec surprise qu'il vient d'être nommé médecin de son Altesse Royale Madame la Duchesse de Berry. Hallé qui était titulaire de ce poste, devenu vieux, ne pouvait plus en assumer la responsabilité et avait recommandé Laennec qu'il appréciait depuis longtemps. Mais trois semaines après, il n'avait encore trouvé ni le temps ni le moyen de se faire présenter au beau-père de sa nouvelle cliente. « Mon cher confrère, lui écrivait Hallé (A. Rouxeau), si, ce que j'ai peine à croire, vous n'aviez pas encore vu Monsieur et que vous voulussiez lui être présenté, voulez-vous vous trouver au château demain à dix heures et demie avec nous? Si vous vous y trouvez, je serai fort aise de la rencontre et de pouvoir renouveler en votre présence à S. A. R. Monsieur, les sentiments d'estime que je vous ai voués. » (H. à T. 26 janvier 1822).

Une lettre de Laennec, lui-même, publiée par M. Saintignon, nous donne des détails sur sa nomination.

« Depuis que je suis ici, j'ai été forcé par mes amis de me jeter de suite dans l'enseignement de la médecine pratique; et quoique à part mon service d'hôpital, je ne vois des malades qu'en consultation, je ne laisse pas que d'avoir déjà en ce genre autant d'occupations que ma santé m'en permet. M. Hallé, mon ancien maître, vient de m'en donner une nouvelle, qui, tout honorable qu'elle est, ne laisse pas que de me

contrarier un peu. Il m'a fait nommer médecin de S. A. R. Madame la Duchesse de Berry, sans m'en rien dire, et sans me donner le temps de consulter mes forces; il ne m'a laissé que l'alternative d'accepter ou de lui donner, en refusant, l'apparence de s'être avancé un peu légèrement. J'ai pris le parti de lui donner preuve de bonne volonté et je suis en fonctions. Quoique ma santé se soutienne assez bien jusqu'ici à Paris, je doute cependant qu'elle devienne assez robuste pour me permettre de conserver longtemps cette charge, si elle m'obligeait à beaucoup d'assiduité, ou si elle nuisait beaucoup à mon indépendance. Jusqu'à présent, au reste, je ne puis fonder cette opinion que sur la connaissance que j'ai de moi-même, car S. A. R. m'a témoigné qu'elle désirait que je m'arrangeasse de manière à ce que mon service auprès d'elle ne contrariât pas mes autres occupations. »

Peu de temps après, Hallé s'alitait le 3 février et mourait huit jours plus tard, le 11 février, d'une pneumonie intercurrente. Il laissait une chaire vacante à l'Ecole de Médecine et au Collège de France. « La perte de M. Hallé, disait Laennec, est la plus grande que les médecins honnêtes puissent faire à Paris... personne n'héritera de son autorité et du respect qu'il inspirait à la Cour, dans le public et parmi ses confrères. » Trois jours auparavant, le 8 février, l'oncle Guillaume mourait aussi, après un mois de maladie, et Laennec, dans son état de santé, ne put songer à entreprendre le voyage de Nantes. Ayant rencontré par

hasard le Ministre de l'Intérieur, Corbière, son compatriote et ancien camarade, celui-ci l'engagea à poser sa candidature à la chaire du Collège de France, et à la fin de février, il fit imprimer une notice de 4 pages sur ses travaux. Voici, d'après le docteur Rouxeau, ce qui se passa alors :

« Le dimanche 10 mars, le Collège procéda à l'élection de son candidat : il avait à choisir entre Laennec, Bertin, Chaussier et Magendie. Au premier tour, les voix se répartirent ainsi : Chaussier, Laennec 6, Bertin 4, et Magendie 2. Au second tour, une des voix de Chaussier s'étant portée sur Laennec ainsi qu'une de celles de Bertin, le résultat devint : Laennec 8, Chaussier 7, Bertin 3, Magendie 2. Il fallait un troisième tour. Sur les 3 voix de Bertin, une seule resta fidèle à ses engagements et les deux autres, réunies à celles de Magendie, se portèrent sur Chaussier, qui fut élu. C'était une élection politique. La détestable mode gagnait le Collège de France.

Cependant, le 18 mars, la loi sur la Presse était votée et le Ministère, à la grande confusion des deux braves qui avaient fait défection, était toujours debout. C'est alors que le Grand-Maître, usant de son droit de présentation, désigna Laennec pour son candidat. Restait l'Institut qui ne se pressait pas de désigner le sien. La section de Médecine voulait Laennec et le 22 juillet, elle l'avait porté le premier sur sa liste, mais il y eût du tirage, et, finalement, dans les derniers jours de juillet, l'Académie élut Magendie... La parole était désormais au Roi. Le 31 juillet, une

ordonnance, signée Corbière, nommait Laennec professeur et lecteur royal au Collège de France, à la chaire illustrée au xvi^e siècle par le Quimpérois Etienne Gourmelen, doyen de la Faculté en 1567. C'est le 25 août qu'il se vit en possession de sa nomination, mais ce n'est pas à cette date qu'il commença à y professer. Le Collège était alors en vacances, la rentrée eût lieu le 2 décembre et, le même jour, Laennec fit sa première leçon ».

Laennec raconte d'ailleurs lui-même, dans une lettre adressée à l'évêque de Quimper, comment se fit sa nomination.

« Après la mort de M. Hallé, mes amis, quelques membres de l'Université et le Ministre lui-même m'invitèrent à me mettre sur les rangs, en qualité de professeur de médecine. Cette affaire entamée paraissait toute simple et semblait devoir se terminer en 8 jours. J'étais sûr de la majorité des voix parmi les professeurs du Collège qui ont le droit de présenter un candidat. Mais, dans ce moment, l'amendement de M. Bastard de l'Etang ayant fait croire à beaucoup de gens que le Ministère allait tomber, trois des hommes sur lesquels je devais le plus compter se réunirent aux libéraux et donnèrent une majorité d'une voix à mon principal concurrent, dont le moindre défaut pour professer la médecine était de ne l'avoir jamais étudiée. Cet événement a beaucoup retardé la terminaison de mon affaire; elle vient cependant de finir, et, depuis trois jours, je suis lecteur et professeur royal au Collège de France. C'est le seul établissement qui ait traversé la Révolution ».

Sa nomination nouvelle empêcha Laennec de prendre des vacances en 1822, il dût rester préparer son cours à Paris. Comme on l'interrogeait sur l'état de ses affaires, il répondit :

« Ce n'est pas à cela que je dois penser aujourd'hui, mais bien aux quatre-vingt quatre leçons que je vais avoir à faire au Collège de France l'an prochain et surtout à la première, où j'ai à intercaler l'éloge de mes plus illustres prédécesseurs, de Vidus Vidius, de Sylvius, de Gormelenus, de Duretus, de Charterius, de Tournefort, d'Astruc et autres célèbres personnages, pour lesquels louer dignement tu ne pourrais probablement pas trouver de paroles et il faut que j'en trouve, moi. Sur ce, je te quitte et je me mets à la besogne... »

Et, à partir du 2 décembre 1822, on le vit très régulièrement, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, sur le coup d'une heure et demie, paraître dans la cour du Collège de France et cela dura jusqu'au printemps de 1826, date à laquelle il quitta Paris pour aller mourir en Bretagne.

Un de ses auditeurs, Lecadre, nous rapporte quelques détails intéressants sur ce cours : « A une heure arrivait, dans la cour du Collège de France, un cabriolet. (En ce temps-là, la généralité des médecins, même Boyer, même Dupuytren, se contentait du cabriolet). En descendait un petit homme bien maigre, affublé d'un large manteau qui recouvrait un vêtement complètement noir, portant encore la culotte courte et la tête surmontée d'un chapeau à larges bords. Il mon-

tait dans sa chaire, en face d'une quarantaine d'auditeurs tout au plus, mais auditeurs de choix, hommes d'études et dont l'attention n'était jamais en faute. Aussi lui (comme Broussais), il commençait par lire le sujet qu'il devait traiter, mais s'en écartant souvent pour citer des observations, pour raconter avec originalité quelques anecdotes médicales, pour se livrer à quelques saillies, pour décocher quelques traits à l'endroit de la Doctrine physiologique, à laquelle il contestait ce titre. Son ton devenait bientôt acéré et ironique, et ses yeux lançaient des éclairs parfaitement sensibles, même au travers des lunettes montées en écaille qu'il portait toujours devant les yeux. Le sourire général accueillait ses paroles piquantes. A la fin de la leçon, on n'applaudissait pas au cours charmant et éminemment instructif auquel on venait d'assister, mais on se promettait bien d'y revenir ».

Laennec, en effet, à en croire M. Saintignon, avait la parole facile, s'exprimait avec méthode, clarté et simplicité. Sans artifices de rhétorique, il donnait, à défaut de relief, du charme à ses leçons, conversant en quelque sorte avec ses auditeurs qu'il intéressait en même temps qu'il instruisait.

Nous joignons, à titre documentaire, la liste des Professeurs contemporains de Laennec au Collège de France :

CHAIRES

Hebreu.....	Et. QUATREMERE	1819-1857
Grec.....	{ F. THUROT	1814-1832
	{ J.-B. GAIL	1791-1829
Mathématiques.....	Silv.-Franç. LACROIX	1815-1843
Eloquence latine.....	Jl. BURNOUF	1817-1844
Arabe.....	Caussin de PERCEVAL	1784-1833
Persan.....	Silvestre de SACY	1806-1838
Turc.....	KIEFFER	1822-1833
Médecine (Anatomie.....	{ A. PORTAL	1769-1832
	{ LAENNEC	1822-1826
	{ J.-P.-M. BINET	1823-1856
Astronomie.....	{ (succédant à DELAMBE)	1807-1822
Histoire et Morale.....	DAUNOU	1819-1830
Physique générale et Mathématique.	BIOT	1801-1862
Droit de la Nature et des Gens.....	DE PORTETS	1822-1854
Mécanique.....	LEFÈVRE-GINEAU	1786-1823
puis Physique générale et expérimentale	A.-M. AMPÈRE	1824-1836
Langue et littérature française moderne	S. ANDRIEUX	1814-1833
Poésie latine.....	TISSOT	1813-1854
Chimie.....	THÉNARD	1804-1845
Histoire naturelle.....	CUVIER	1800-1832
Langue et littérature chinoises.....	A. de RÉMUSAT	1814-1832

CHAPITRE III

LE COURS DE 1824-1825

L'ESPRIT D'OBJECTIVITÉ DE LAENNEC

Laennec a possédé toute sa vie un esprit d'analyse et d'observation peu commun. C'est cet esprit, qui, transporté dans le domaine médical est à la source de ses grandes découvertes et l'a élevé au rang d'un des plus grands cliniciens. « Toute sa vie, a dit le P^r Sergent (*Gazette des Hôpitaux*, 18-12-1926), Laennec a montré un respect pour les grands maîtres du passé, une inlassable ardeur à découvrir des faits nouveaux, une horreur pour les théories et les doctrines lorsqu'elles ne sont que des conceptions hypothétiques et non les conclusions d'observations rigoureuses. »

Ayant donc lu et relu soigneusement le manuscrit que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer : « Notes sur le Cours de Laennec, 1824-1825, Collège de France », nous avons essayé de le diviser en un certain nombre de chapitres et d'extraire de ces chapitres les passages les plus intéressants, afin de mettre en évidence l'esprit d'observation de Laennec.

L'enseignement qui se donnait au Collège de France laissait au professeur une certaine indépendance, et comme le fait remarquer Claude Bernard (Leçons de physiologie appliquée à la médecine faites au Collège de France), l'enseignement diffère entre les cours du Collège et ceux de la Faculté.

« Tout le monde, dit-il (1^{re} Leçon, 23 décembre 1854), sait que l'enseignement du Collège de France est d'une autre nature que celui des Facultés, qu'il répond à d'autres besoins, qu'il s'adresse à un autre public, que sa manière de procéder est essentiellement différente. Ici, le professeur, toujours placé au point de vue de l'exploration, doit considérer la science, non dans ce qu'elle a d'acquis et d'établi, mais dans les lacunes qu'elle présente, pour tâcher de les combler par des recherches nouvelles. C'est donc aux questions les plus ardues et les plus obscures qu'il s'attaque de préférence, devant un auditoire déjà préparé à les aborder par des études antérieures.

Dans les facultés, au contraire, le professeur placé au point de vue dogmatique, se propose de réunir, dans un exposé synthétique, l'ensemble des notions positives que possède la science, en les rattachant au moyen de ces liens que l'on nomme des théories, destinées à dissimuler autant que possible les points obscurs et controversés qui troubleraient sans profit l'esprit de l'élève qui débute.

Ainsi, ces deux genres d'enseignement sont, pour ainsi dire, opposés dos à dos. Le professeur de Faculté voit la science dans son passé; elle est pour lui comme

parfaite dans le présent; il la vulgarise en exposant dogmatiquement son état actuel. Le Professeur du Collège de France, au contraire, doit avoir les yeux tournés vers l'inconnu, vers l'avenir.

Loin d'être achevée, la science de la vie se présentera donc à nous avec ses imperfections; nous nous préoccupons sans cesse, non de ce qui est fait, mais de ce qui reste à faire; et cette direction progressive est d'autant plus importante, vous le comprenez sans peine, que la science dont nous nous occupons ici est plus éloignée de son entier développement. »

Et nous sommes heureux de retrouver dans ce cours de 1824-1825, une application de l'exposé que devait faire plus tard Claude Bernard et que nous venons de reproduire; car ce cours, en effet, renferme de nombreuses observations admirablement prises et des descriptions anatomiques précises. Le choix n'en est pas facile et il faut nous limiter. Nous nous attacherons plus spécialement aux leçons consacrées aux maladies de l'appareil respiratoire dont l'étude constitue l'œuvre capitale de Laennec.



L'introduction de ce cours n'est autre que la reproduction de la Première Leçon faite le 2 décembre 1822 au Collège de France et qui eut un si grand retentissement. Véritable profession de foi, Laennec montre alors son mépris pour les théories fantaisistes, si éloignées de la réalité. Il s'agit d'étudier la voie que doit

prendre le médecin pour arriver à son but qui est la guérison des maladies. Trois voies se présentent : celle des empiriques, celle des étiologistes, celle des observateurs.

« L'empirisme, dit-il, s'est présenté naturellement d'abord à l'esprit humain, voie fort longue à en juger par ce qu'on observe tous les jours chez les quelques charitables qui soulagent les pauvres. Les collèges des prêtres égyptiens, les familles grecques ont amassé le résultat d'essais, surtout la pratique de l'art des embaumements. De bonne heure, les effets de la saignée, des purgatifs, les préceptes de l'hygiène leur furent connus. L'émétique, le kina, l'opium, la vaccine sont les fruits importants de l'empirisme moderne.

Toutes les méthodes étiologistes se réduisent à rapprocher les faits, à les réduire à quelques principes : le froid et le chaud, le sec et l'humide, le lâche et le serré... Du temps d'Hippocrate qui en a porté un jugement défavorable, de tels principes étaient admis par quelques-uns et on observe encore dans l'esprit des vieilles femmes les traces héréditaires de ces théories, lorsqu'elles conseillent des rafraîchissements ou des échauffants... Ces médecins méprisent l'observation et les ouvrages d'Hippocrate. Asclepiade appelait les écrits de ce dernier : méditations sur la mort. Ils ont une excessive bonne opinion d'eux-mêmes, doutent des observations d'autrui et sont entraînés par leur enthousiasme jusqu'à la fougue et même jusque dans l'absurdité.

Portrait de deux célèbres étiologistes : Paracelse et

Van Helmont. Tout différent d'ailleurs du premier, enthousiaste également, il se croit inspiré et que sa vocation est divine et intitule son livre : ortus medicinae. (Il est remarquable que tous les chefs de sectes annoncent ainsi le lever de la vraie médecine). Ils ont annoncé emphatiquement leurs succès futurs, les contradictions les a inspirés comme Archiloque. Tous méprisent comme nuisibles les moyens énergiques employés avec eux, et Van Helmont meurt, faute de saignée qu'il a proscrit. La nouvelle doctrine française, née de Brown (Broussais) se borne aussi aux évacuations sanguines, surtout locales, qui ne sont que de l'expectation et il semble qu'ils aient oublié que la kina, l'émétique... soient vraiment héroïques.

Entre l'incertitude de l'empirisme et le fanatisme de l'étiologisme, il y a un juste milieu, c'est la voie des observateurs rationnels, voie suivie par Hippocrate... Les faits constituent seuls une science physique, le raisonnement coordonne les faits et constitue la théorie, la science est ce qu'on sait, la théorie n'est qu'une manière de voir. Les théories sont bonnes lorsqu'elles rendent raison des faits, elles doivent tomber quand elles ne peuvent plus les embrasser tous. La théorie médicale doit être simple, facile, ne pas exiger d'étude, ne pas dénaturer les faits qu'elle unit. Telle est celle des médecins hippocratiques. Que trouve-t-on dans celle des dogmatistes au contraire? peu de faits et beaucoup d'hypothèses.

Fidèle aux principes de nos devanciers dans cette école, nous n'abandonnerons pas la route qu'ils ont

suivie et nous ne répudierons pas l'héritage d'Hippocrate.

Quoiqu'il en soit de notre manière de voir, nous exposons simplement les faits qui constituent la science, n'attachant aucune importance aux explications que nous pourrions en donner. La théorie n'est pour nous qu'un objet de peu d'importance. »

« La maladie, continue-t-il plus loin, est un trouble dans quelque fonction de l'organisme. Trois choses sont apparentes : les choses contenant, contenues et ce qui apporte le mouvement. De tout temps, elles ont été connues et admises, mais on a voulu trouver le principe des maladies exclusivement en l'une d'elles. De là, l'humorisme, le solidisme, le vitalisme. Les observateurs rationnels eux-mêmes ont toujours penché pour l'une ou pour l'autre, tant est grand le désir de simplifier, d'abréger l'étude. Ces opinions sont peu approfondies dans les écoles et on y puise, selon les temps, des idées préconçues à ce sujet, solidistes avec Boerhaave, humoristes avant lui... »

« L'énergie vitale varie non en proportion de la force apparente des organes : une femme débile, nerveuse, résiste à des attaques beaucoup plus fortes qu'un athlète. Les forts de la halle périssent lorsqu'ils sont atteints d'une affection un peu sérieuse. Dans les convulsions, les forces doublent tout à coup. Rien n'est plus commun que de voir des hommes très robustes dans les épidémies des armées succomber à des phlegmies très légères du poulmon avec une légère diarrhée... »

N'est-il pas permis de reconnaître dans ces quelques pages le jeune étudiant de Nantes qui spontanément se met à prendre les observations des malades qui l'avaient le plus intéressé, preuve d'activité toute nouvelle, chez un étudiant, qui avait frappé beaucoup l'Oncle Guillaume. Ne reconnaît-on pas ici le fervent disciple d'Hippocrate qui passant sa thèse en 1804., intitulée « *Propositions sur la Doctrine d'Hippocrate relativement à la Médecine Pratique* », reproduisait les paroles de son vieux maître :

« *La médecine n'est point une science nouvelle. Depuis longtemps ses principes sont trouvés et sa route est tracée. En les suivant, on a fait pendant un long espace de temps un grand nombre de belles et d'utiles découvertes, et tout homme qui, doué des dispositions nécessaires, instruit de ce qui a été fait avant lui, partira de ce point et suivra la même route, en fera encore de nouvelles. Mais si quelqu'un, rejetant les travaux de ses prédécesseurs et méprisant tout, cherche par un autre chemin et avec une autre manière de voir et qu'il se flatte d'avoir trouvé quelque chose, il se trompe et il trompe les autres.* »

Plus loin, il écrivait :

« *Liberam profiteor medicinam, nec ab antiquis sum, nec a novis, utrosque ubi veritatem colunt sequor, magnifacio soepius repetitam experientiam* ». « *Je déclare la médecine libre, et je me range ni parmi les Anciens, ni parmi les Modernes, et je suis les*

uns comme les autres quand ils cultivent la vérité ; beaucoup plus souvent encore, j'en répète moi-même les observations ».

Considérer le fait, le fait qui, d'après Claude Bernard, placé dans des conditions identiques, demeure une réalité invariable et ne se contredit jamais, constitue donc pour Laennec la base de sa méthode. C'est du symptôme observé au lit du malade qu'il partira pour s'élever au diagnostic d'où découlera le traitement.

LES MODES D'EXPLORATION DES ORGANES DE LA RESPIRATION

« Le cœur et le poumon (Laennec, Traité de l'Auscultation médiate) forment avec le cerveau, suivant l'ingénieuse expression de Bordeu, le trépied de la vie ; et aucun de ces viscères ne peut être altéré d'une façon un peu forte ou étendue sans qu'il y ait péril de mort ».

Les maladies de ces organes sont, à n'en pas douter, extrêmement importantes à connaître, mais il nous est permis cependant de remarquer avec M. Andral que « quelque soit le siège des altérations organiques, leur danger est partout à peu près le même : que l'estomac, le foie, les reins, l'utérus soient envahis par ces altérations, le pronostic relativement à la terminaison définitive de la maladie, est tout aussi grave que si le poumon, le cœur ou le cerveau en étaient le siège. »

De tout temps, les médecins avaient recherché des signes propres à reconnaître les maladies des poumons et à les distinguer les unes des autres, mais on en était toujours réduit à la constatation de quelques symptômes fonctionnels et généraux plus ou moins vagues. « O quantum difficile pulmonorum morbos curare ! O quanto difficilior eosdem diagnosceret ! » avait dit Baglivi. L'examen physique était à peu près inexistant : la palpation permettait seulement d'apprécier la fréquence et la force des battements du cœur, la percussion découverte par Avenbrugger « mûrie durant sept ans dans le silence, au milieu de recherches laborieuses et dégoûtantes (inter labores et toedia) » et qui ne valut à son maître qu'une mention de Van Swieten, mise en honneur, cependant, dans le service de Corvisart, rendait sans doute quelques services. Quant à l'auscultation, Hippocrate l'avait tentée sans grand résultat et avait cru entendre, par l'application immédiate de l'oreille, un « *bruit de cuir* » dans la pleurésie, et ailleurs un bruit propre à faire distinguer l'hydro-thorax des épanchements purulents : « Vous connaîtrez par là que la poitrine contient de l'eau et non du pus, si en appliquant l'oreille un certain temps sur les côtés, vous entendez un bruit semblable au frémissement du vinaigre bouillant. » (De Morbis, II, § 59). Au xvi^e siècle, Ambroise Paré (1517-1590) avait écrit : « S'il y a de la boüe ou autre humeur contenue au thorax, on oyt un son comme d'une bouteille à demy-pleine qui gargouille. » Double (1776-1842) dans sa Sémilogie vantait en 1817 un

procédé qui consiste à « approcher exactement une des deux oreilles contre la paroi thoracique et à en parcourir ainsi toutes les parties et toutes les faces » et assurait en avoir retiré de « grands avantages ».

Voici, sur les méthodes d'exploration de la poitrine, l'opinion de Laennec, recueillie dans son cours de 1824-1825 :

« Les maladies des organes de la respiration ont été longtemps les plus obscures. Leurs symptômes généraux, toux, dyspnée... se rencontrent en effet dans toutes les affections diverses du thorax, une simple affection nerveuse peut même les déterminer. D'un autre côté, il n'y a point d'organes dont les maladies les plus graves puissent être aussi longtemps latentes. Aussi a-t-on cherché des signes physiques plus certains dans l'exploration de la poitrine. Cette exploration comprend six méthodes différentes : le toucher, l'inspection, la succussion, la pression de l'abdomen, la percussion et l'auscultation.

I) *Le toucher apprend peu de choses à cause de la dureté des parois thoraciques. L'application de la main sur la poitrine d'un homme qui parle, donne, surtout si sa voix est grave, la sensation d'un frémissement. Ce moyen ne peut faire reconnaître que l'imperméabilité d'une grande partie du poumon, chez un sujet maigre.*

II) *L'inspection du thorax est fort utile en médecine vétérinaire. Chez l'homme, ce moyen a des in-*

convénients dans plusieurs circonstances et est impraticable chez la femme.

a) Dans l'état de repos, l'examen des formes, des dimensions du thorax est utile : ainsi la dilatation d'un côté indique, d'une manière certaine, la présence d'un liquide ou d'un gaz; une dilatation circonscrite, un abcès ou une tumeur anévrysmale... Pour juger de la dilatation d'un côté, il faut mesurer les deux comparativement, et l'emploi de ce moyen est assez difficile.

b) Pendant la respiration : elle n'a pas été employée pour l'homme, seulement dans les cas d'empyème. Quant à l'habitude de certains médecins qui font respirer un malade soit que la poitrine soit couverte ou non, il est inutile de la qualifier. Même à nu, souvent on n'aperçoit aucune différence appréciable dans les épanchements considérables, d'un côté à l'autre.

III) La succussion est décrite dans Hippocrate : les médecins anciens l'ont employée. Elle consiste à secouer la poitrine en saisissant le malade par une épaule et à écouter s'il se fait un bruit de liquide fluctuant. Depuis la renaissance des lettres, aucun médecin ne semble l'avoir mise en usage, bien que plusieurs cas aient été notés où le bruit de flot a été entendu.

Dans un empyème simple, la poitrine exactement remplie ne fournit aucun son. Le son ne se produit que dans l'épanchement d'air ou d'eau.

IV) *Pression forte de l'abdomen :*

Proposée par Bichat, cette méthode permet de juger de l'angoisse du malade quand il y a hydrothorax. Mais que conclure de l'angoisse? Plusieurs maladies différentes peuvent y donner lieu, elle peut même exister chez un malade qui ne serait pas atteint d'une maladie des organes de la respiration.

Les deux méthodes suivantes sont les seules que nous ayons à examiner sérieusement.

V) *Percussion :*

La poitrine gonflée d'air donne, lorsqu'on la frappe, un son clair bien différent de celui que donnerait la cuisse percutée. Avenbrugger, le premier, frappé de cette différence, en fit pendant 7 ans le sujet de ses observations. Il observa péniblement, ne pouvant malheureusement avoir assez de cadavres pour confirmer le résultat de ses observations. Laborieux et modeste, il mourut ignoré à Liège sans que Van Swieten en ait seulement fait mention. Traduit enfin par un médecin de Montpellier, Corvisart la fit connaître au monde médical. Ce dernier, en effet, était très exercé à la percussion dont il retirait de grands fruits pour son diagnostic.

Pour pratiquer la percussion avec avantage, il faut de l'adresse et beaucoup d'habitude :

La poitrine sera recouverte d'un vêtement mince ou la main d'un gant.

Les doigts seront réunis sur une seule ligne. Quel-

ques médecins les rassemblent en faisceaux, ce qui rend moins facile de percuter perpendiculairement.

Il faut percuter perpendiculairement aux côtes, le son est bien différent lorsqu'on percute obliquement.

Il faut frapper légèrement et relever la main sur-le-champ : on obtient ainsi plus de son.

Il faut bien tendre les léguments et les vêtements.

Il faut faire tendre les muscles : pour le dos, croiser le bras sur la poitrine et baisser fortement la tête; pour le côté, incliner sur l'autre et élever le bras sur la tête...

Chez les enfants et les femmes maigres, il suffit de percuter avec un seul doigt.

Chez les individus amaigris après un embonpoint ou un œdème, il faut tendre avec l'index et le pouce et frapper dans leur écartement.

Caractères du son pectoral :

Les diverses régions de la poitrine donnent des sons différents chez un sujet sain.

Région claviculaire : sur la partie interne, son clair; sur la partie externe, son sourd presque mat.

Région antérieure et supérieure jusqu'au mamelon, son très clair.

Région mammaire : son moins clair à cause des muscles et de la glande.

Région sous-mammaire : son moins clair, surtout à droite à cause du foie; très clair à gauche chez quelques individus dont l'estomac est rempli de gaz.

Région sternale : son très clair en haut; moins clair dans la partie qui répond au cœur.

Région latérale : au milieu, son très clair, moins clair à droite qu'à gauche à cause du foie qui refoule le poumon; à la partie inférieure, son clair à gauche, moins à droite.

Région acromiale : son nul.

Région sus-épineuse : son toujours nul.

Région sous-épineuse : son encore peu clair.

Région inter-scapulaire : il est difficile d'en tirer un son bien clair.

Région dorsale inférieure : son peu clair à droite, beaucoup plus à gauche.

CONCLUSIONS

De ces différences, résulte un obstacle aux conclusions directes de la percussion. De plus, l'obésité, l'infiltration des tissus... peuvent la rendre presque impraticable ou infructueuse.

Le son mat ne peut faire distinguer la nature de l'affection du côté malade : péricapnemonie ou épanchement pleurétique.

Lorsqu'il y a pneumothorax, la différence de son peut faire regarder comme malade le côté sain.

A la suite d'une pleurésie, le rétrécissement d'un côté de la poitrine et l'épaississement de la plèvre, empêchent de tirer de la percussion une conclusion certaine.

VI) Auscultation :

Hippocrate avait tenté ce moyen d'explorer la poitrine en appliquant immédiatement l'oreille sur ses parois, mais l'application immédiate de l'oreille expose à l'erreur : en effet, divers points de la tête, l'angle de la mâchoire, les pommettes... font percevoir en même temps des sons qui se passent dans les points correspondants de la poitrine. De là, résulte nécessairement de la confusion : on peut ainsi appliquer l'oreille sur une partie saine et l'un de ces points sur la partie affectée. Ces inconvénients rendent indispensable l'emploi du stéthoscope.

Règles pour l'application du stéthoscope :

L'essentiel est d'éviter la gêne qui empêche de faire des observations exactes. La situation respective du malade et du médecin doit être la plus commode possible.

Il faut éviter de n'appliquer qu'imparfaitement le bout du cylindre acoustique, surtout quand on se sert du pavillon, car on ne recueillerait qu'une petite partie du son.

Il ne faut pas trop comprimer, cela est inutile.

Il n'est pas nécessaire que la poitrine soit à nu. Seulement, il ne faut pas que les vêtements soient de nature à donner par leur frottement un bruit égal à celui de la respiration comme seraient des vêtements de laine et de soie.

De ces différents moyens physiques d'exploration

de la cage thoracique, seuls les deux derniers : la percussion et l'auscultation semblent avoir retenu, d'une façon sérieuse l'attention de Laennec. Les pages qu'il consacre à la sémiologie du poumon dans son *Traité de l'Auscultation médiate* reproduisent d'ailleurs la même opinion.

Le toucher, c'est-à-dire la palpation, ne donne que peu de renseignements : « *La fermeté des parois osseuses et cartilagineuses de la poitrine s'oppose à ce qu'on puisse acquérir par l'action de toucher, de palper ou de presser, aucune notion exacte sur les altérations qui peuvent survenir dans cette cavité.* » Quant au principal signe que nous donne la palpation : la recherche des vibrations thoraciques. Laennec l'a très bien observée; cependant, peut-être est-il permis de remarquer que le grand clinicien ne lui a peut-être pas attribué assez de valeur :

« *La simple application de la main semblerait pouvoir donner quelques signes plus utiles : car lorsqu'un homme sain parle ou chante, sa voix retentit dans l'intérieur de la poitrine, et produit dans les parois de cette cavité un léger frémissement que l'on peut distinguer par l'application de la main. Ce phénomène n'existe plus, lorsque, par l'effet d'une maladie quelconque, le poumon a cessé d'être perméable à l'air ou se trouve séparé des parois thoraciques par un liquide épanché. Ce signe, du reste, est d'une médiocre valeur, parce qu'un grand nombre de causes font varier l'intensité du frémissement, ou le font même disparaître.* »

L'inspection du thorax peut sans doute faire constater certaines déformations, un anévrysme de l'aorte ascendante ou de l'artère innominée... *mais cette méthode est surtout employée par les vétérinaires, et la nudité des animaux la rend d'un usage très facile. Il n'en est pas de même chez l'homme; le désagrément et l'inconvénient qu'il y a de dépouiller un malade de ses vêtements, surtout en hiver, le temps que demande cette opération, l'embarras qu'elle occasionne, la pudeur chez les femmes, sont autant d'obstacles qui empêchent d'avoir recours à cette inspection, si ce n'est dans quelques cas rares et très graves.* »

La succussion n'est plus employée. La pression abdominale, proposée par Bichat, consistait à refouler fortement les hypocondres de bas en haut et à examiner le degré de suffocation et d'angoisse qui résulte de cette manœuvre. « *Je pense, dit Laennec, qu'on ne peut regarder cette proposition que comme une idée malheureuse échappée à un homme d'un beau génie. Bichat lui-même, qui avait à peine tenté ce procédé lorsqu'il fut enlevé par une mort prématurée, l'eût sans doute abandonné s'il eût pu l'expérimenter pendant quelque temps... Ce moyen, d'ailleurs, lors même qu'il fournirait des signes plus positifs, ne devrait pas être mis en usage : il n'est pas permis, pour interroger la nature, de mettre un malade à la question.* »

La percussion, au contraire, apparaît pour Laennec, une méthode excellente. Lui étant familière depuis son stage à la Charité, chez son Maître Corvisart,

il montre combien elle est précieuse, surtout associée à l'auscultation. Il la décrit avec minutie et moult détails. C'est d'abord la manière de percuter : à cette époque, en effet, on ne percutait pas comme aujourd'hui à l'aide d'un doigt frappant un autre doigt placé sur le thorax, la percussion était immédiate, pratiquée directement sur la poitrine du malade par les quatre doigts de la main droite. On conçoit dès lors combien cette percussion était délicate et difficile. C'est ensuite l'étude minutieuse des caractères du son pectoral dans chaque zone déterminée de la poitrine. Cependant, la percussion seule, même pratiquée par une main habile et exercée, ne peut donner des conclusions certaines : *« Mais si, par elle-même, la percussion ne donne que des résultats bornés et souvent douteux, elle devient très précieuse par sa réunion avec l'auscultation médiate, et nous verrons que le diagnostic de plusieurs cas importants, et entre autres du pneumothorax, de l'emphysème, du poumon et des tubercules crus accumulés au sommet de cet organe résulte de la comparaison des résultats obtenus par les deux méthodes. »*

Vient ensuite le dernier moyen d'investigation : l'auscultation médiale. Il est, en effet, permis d'éprouver une certaine surprise lorsqu'on voit Laennec écrire que l'auscultation médiate, que nous employons maintes et maintes fois chaque jour, et qui constitue peut-être notre plus grand moyen d'investigation des affections thoraciques, lui paraît impraticable : *« Aussi incommode pour le médecin que pour le malade, le*

dégoût seul la rend à peine proposable chez la plupart des femmes, et chez quelques-unes même, le volume des mamelles est un obstacle physique à ce qu'on puisse l'employer... Cependant, faute d'un moyen plus sûr, j'avais depuis longtemps l'habitude d'employer la méthode dont je viens de parler (l'auscultation immédiate), lorsque, dans un cas obscur, elle se trouvait praticable, et ce fut elle qui me mit sur la voie pour en trouver une meilleure... » Et c'est ainsi que pris entre sa timidité et sa pudeur d'une part, sa curiosité scientifique d'autre part, une idée survint à son esprit d'observateur : celle d'interposer entre son oreille et le malade un cylindre qui lui transmettrait les sons. Cette histoire de la découverte du stéthoscope que l'on retrouve dans tous les ouvrages sur Laennec, mérite d'être racontée, car elle est une nouvelle preuve de l'esprit pratique et objectif de Laennec.

Lejumeau de Kergaradec, qui connut Laennec, fait le récit suivant, que nous avons retrouvé dans l'ouvrage de M. Henri Saintignon : « Ainsi que l'auteur me l'a raconté lui-même, il dut au hasard la grande découverte qui a immortalisé son nom. Disons-le tout de suite, ces hasards-là ne se rencontrent que sous les pas d'un homme de génie. Traversant un jour la cour du Louvre, il aperçut des enfants qui, l'oreille collée aux deux extrémités de longues pièces de bois, se transmettaient le bruit de petits coups d'épingles frappés à l'extrémité opposée. Cette expérience vulgaire d'acoustique fut pour lui comme une révélation. Il conçut sur le champ la pensée de l'appliquer à

l'étude des maladies du cœur. Dès le lendemain, à sa clinique de l'Hôpital Necker, il prit le cahier de visite, le roula sur lui-même, et le ficela bien serré, tout en ménageant un canal central, puis il le posa sur un cœur malade. Ce fut le premier stéthoscope. » (στῆθος poitrine et ὁρᾶν, examiner).

Voici, par ailleurs, ce que dit Laennec lui-même, dans l'Introduction de son Traité : « *Je fus consulté en 1816 pour une jeune personne qui présentait des symptômes généraux des maladies du cœur et chez laquelle l'application de la main et la percussion donnaient peu de résultats à raison de l'embonpoint. L'âge et le sexe de la malade m'interdisant l'espèce d'examen dont je viens de parler (l'auscultation immédiate), je vins à me rappeler un phénomène d'acoustique fort connu : si l'on applique l'oreille à l'extrémité d'une poutre, on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout. J'imaginai que l'on pouvait peut-être tirer parti, dans le cas dont il s'agissait, de cette propriété des corps. Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau fortement serré dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale, et, posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l'avais fait par l'application immédiate de l'oreille. Je présentai dès lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile et applicable non seulement à l'étude des battements du cœur, mais encore à celle de tous les mouvements qui peuvent pro-*



PORTRAIT DE LAENNEC PAR NANNONI

duire du bruit dans la cavité de la poitrine, et par conséquent, à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle, et peut-être même de la fluctuation d'un liquide épanché dans les plèvres ou le péricarde. Dans cette conviction, je commençai sur le champ, à l'Hôpital Necker, une suite d'observations que je n'ai pas interrompues depuis. J'ai obtenu pour résultats des signes nouveaux, sûrs, saillants, pour la plupart faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur plus certain et plus circonstancié peut-être que les diagnostics chirurgicaux établis à l'aide de la sonde ou de l'introduction du doigt. »

En définitive, Laennec fixa à son stéthoscope les dimensions d'un pied de long : il y en eut d'abord trois modèles, un plein pour écouter les bruits du cœur, un canalisé pour écouter la voix, un évasé pour écouter la respiration.

« ... L'oreille est maintenant investie du droit d'apprécier la circulation du cœur et l'entrée de l'air dans les cellules du poumon, écrivait un critique jaloux. Une main de papier roulée en cylindre, approchée de l'oreille et placée successivement sur les divers points de la poitrine est l'instrument dont s'est d'abord servi M. Laennec. Avec cet instrument appelé pectoriloque, l'intérieur de la poitrine n'a plus de secrets pour le médecin... Le moindre tubercule tenterait vainement d'échapper...

« Je crains bien que les plaisants ne voient quelque analogie entre cet instrument et le Kalcidoscope; pour

moi, j'avoue à ma honte ne pas m'en être encore servi et ne pouvoir prendre dans cette affaire que la qualité d'historien... » .

Néanmoins, le merveilleux sens d'observation dont était doué Laennec, le conduisit à la découverte d'une méthode nouvelle : avec cette méthode, il va définir les caractères du bruit respiratoire normal, ainsi que les signes qui permettent aujourd'hui de localiser les lésions, et, dans une large mesure, d'en discerner la nature.

« L'histoire de la découverte de l'auscultation, a dit le Professeur Sergent, contient, mieux que tout commentaire, la preuve de l'excellence de la méthode de Laennec et de la grandeur de son génie. C'est cette maîtrise qui le conduisit à tant de solides et définitives acquisitions sur tous les domaines de la pathologie médicale. C'est elle qui l'amena, en collaboration avec Bayle, à jeter les premières clartés sur l'étude de la tuberculose et à reconnaître, sous les aspects les plus différents, l'unité des lésions de nature tuberculeuse, unité dont les découvertes de Villemin, puis de Koch devaient consacrer la réalité. C'est elle qui lui permit d'isoler, du groupe confus des phtisies, le cadre de la phtisie pulmonaire, d'en décrire les signes, d'en constater les formes latentes, d'en démontrer la guérison possible, d'en pressentir la spécificité... »

LES CATARRHES PULMONAIRES

Sous le nom de catarrhes pulmonaires, on entend d'une façon générale, toute inflammation de la muqueuse des bronches. Laennec divise ces inflammations bronchiques en trois variétés : les inflammations catarrhales, les inflammations plastiques ou couenneuses, et les inflammations ulcéreuses. Ce sont des premières seulement dont il sera question dans ce chapitre.

En désignant sous le nom de catarrhes la plupart des maladies de la membrane muqueuse des bronches, qui s'accompagnent dans leur cours d'une sécrétion plus ou moins abondante, les anciens, tel Hippocrate et surtout Galien, avaient été amenés à ne pas prendre en assez grande considération le rôle que joue l'inflammation dans le développement de ces maladies. Ils admettaient toutefois un catarrhe inflammatoire, mais dans le cas seulement où l'état phlegmasique des bronches coïncidait avec un mouvement fébrile et une réaction générale plus ou moins forte : ils employaient alors les émissions sanguines. Les modernes, au contraire, surtout Pinel et Broussais, en remplaçant le mot de catarrhe par celui de bronchite, ont consacré par cette expression la part prise par l'inflammation dans le développement de ces affections, mais ils sont tombés dans un excès contraire en ne voyant dans presque toutes les maladies des bronches que des inflammations. « *Je préfère le nom de catar-*

rhe à celui de bronchite, que quelques médecins emploient aujourd'hui, dit Laennec, parce que les catarrhes forment la nuance qui réunit les inflammations aux congestions et aux flux purement passifs, et parce que, dans certains cas de catarrhe chronique, il est au moins fort douteux que la maladie soit réellement de la nature des inflammations. » C'est que le grand clinicien avait remarqué, qu'à côté des catarrhes aigus, que nous savons maintenant être, depuis Pasteur, des inflammations microbiennes, il existe aussi des catarrhes chroniques, dus à une association microbienne et diathésique, mais où prédomine sans nul doute la notion du terrain.

Voici maintenant les réflexions faites par Laennec, dans son cours de 1824-1825, au sujet des différents catarrhes : Ces catarrhes peuvent être aigus ou chroniques.

CATARRHE MUQUEUX AIGU

C'est la maladie la plus fréquente. Peu d'hommes dans nos climats, échappent l'hiver à un léger catarrhe aigu.

Caractères anatomiques. -- *Peu de rougeur; il n'y a guère que les éperons des bronches qui offrent une rougeur marquée. Jamais la totalité de la muqueuse n'est envahie.*

Signes stéthoscopiques. — *La respiration est suspendue momentanément, dans quelques points varia-*

bles, par le gonflement et les crachats. On entend de plus, un râle ronflant, grave, sonore au début; ensuite, muqueux, rarement très fort, parce qu'il est rare que la membrane soit toute affectée. On l'entend surtout le matin, au réveil du malade.

Marche. — Il commence par un coryza; lorsque celui-ci diminue, on éprouve une titillation dans les bronches. Ces tuyaux sont plus ou moins sensibles : quelques individus ne l'éprouvent nullement. Dans quelques cas, c'est une démangeaison à la racine du poumon, ou une ardeur, un déchirement.

La toux devient grasse : les crachats d'abord perlés (cependant plus différents que les véritables crachats du catarrhe sec), deviennent bientôt blancs et opaques, mêlés de bulles d'air, puis jaunes serin ou verdâtres. Quelquefois, ils sont mêlés de stries de sang. Au moment où ils se détachent, quelques individus très sensibles éprouvent dans un point de la poitrine, une sensation de brûlure.

Symptômes généraux. — Ils ne se rencontrent pas dans le plus grand nombre de cas. Lorsque l'inflammation est très étendue, il y a fièvre continue, ou intermittente. Les accès ont lieu le soir ainsi que les redoublements. C'est à cette fièvre que les anciens avaient donné le nom de fièvre catarrhale.

CATARRHES CHRONIQUES

Ils offrent plusieurs variétés très distinctes.

Etat de la muqueuse. — *Elle est gonflée généralement ou partiellement, rouge, parfois ramollie, parfois plus ferme qu'à l'ordinaire.*

Dans le plus grand nombre de cas, il n'y a que quelques points séparés qui sont affectés : leur étendue fait la gravité de la maladie.

La sécrétion muqueuse, parfois presque nulle, est ordinairement augmentée. C'est une mucosité jaunâtre, verdâtre, quelquefois semblable au pus; ou visqueuse, filante et alors fort abondante; parfois, enfin, les crachats sont perlés, grisâtres, arrondis, épais, mêlés de stries noirâtres.

Ces catarrhes chroniques présentent trois variétés : secs, muqueux, piteux.

1°) CATARRHE SEC :

Il est presque toujours chronique, sauf au commencement, où il offre souvent les caractères du catarrhe muqueux ou piteux. Il est ordinairement latent durant de longues années.

Caractères anatomiques. — *La muqueuse est gonflée aux divisions des bronches, avec rougeur plus intense que dans aucun autre catarrhe. Les petits rameaux bronchiques sont obstrués par des crachats tenaces, perlés.*

Signes. — Le bruit respiratoire est presque nul, excepté dans quelques points restés libres. Ces points varient dans le même individu à chaque effort de toux, par le déplacement des crachats. La poitrine résonne très bien, car l'air y séjourne même plus longtemps que dans l'état de santé, les crachats l'y retenant comme des soupapes.

Symptômes : variables. — Il peut n'y avoir aucun signe de maladie, excepté après de violents exercices. Mais au bout de quelque temps, le malade devient dyspnéique, surtout lorsqu'il a contracté un rhume. La dyspnée devient même souvent assez violente pour feindre un accès d'asthme, prenant comme c'est l'ordinaire, le soir.

Lorsque la maladie est arrivée à ce point, les signes stéthoscopiques sont évidents : le bruit de soupape après la toux, le râle sibilant sont des signes favorables. Souvent le malade ne rapporte sa dyspnée qu'à un seul point du poumon ou à un seul poumon.

Le catarrhe aigu qui s'installe sur ce dernier le soulage parfois, s'il n'est pas trop intense, en facilitant l'expulsion des crachats probablement. Dans des cas contraires, il détermine une attaque d'asthme et le catarrhe sec continue plus intense.

La fièvre n'existe pas. Lorsqu'elle survient, la dyspnée diminue. Elle agit comme le sommeil, sans doute en diminuant le besoin de respirer.

On remarque, en outre, que ces malades n'affectent pas la position verticale, comme ceux qui sont atteints d'une maladie organique du cœur.

Cette maladie a été confondue jusqu'ici avec l'asthme dont elle est la cause la plus fréquente.

2°) CATARRHE MUQUEUX :

Il est très fréquent chez les vieillards qui en sont quelquefois atteints depuis 20, 30 ans. On le rencontre aussi chez les adultes.

Caractères anatomiques. — *Il y a peu de rougeur et peu de gonflement, ainsi il se rapproche du flux purement séreux.*

Signes stéthoscopiques. — *La respiration est faible. On entend un râle sec, ronflant, parfois sibilant fort; enfin, un râle sous-muqueux. La poitrine est très sonore; jamais il n'y a, comme dans le catarrhe sec, absence totale de respiration.*

Les crachats sont d'abord écumeux, à cause de l'albumine qu'ils contiennent, et après quelques instants, deviennent semblables au blanc d'œuf délayé.

Marche. — *Chez les vieillards, il devient parfois tout à coup suffocant, c'est lorsqu'un catarrhe aigu vient s'installer sur celui-là.*

3°) CATARRHE PITUITÉUX OU PHLEGMORAGIE PULMONAIRE :

Les malades maigrissent, jaunissent, deviennent cachectiques. Il n'y a pas de fièvre. Ce catarrhe est caractérisé par des crachats limpides, filants, visqueux, semblables au mucus qui coule des narines au com-

mencement d'un coryza, qui sont abondamment rejetés par accès. Durant l'intervalle, il n'y a aucun signe de catarrhe. Ces accès ont parfois lieu plusieurs fois dans la journée. M. Bayle avait cru que c'était un symp'ôme des tubercules miliaires. »

Et voici décrites avec précision, d'une part, les manifestations inflammatoires de nature infectieuse sous le nom de catarrhes aigus, et d'autre part, les manifestations bronchiques catarrhales, c'est-à-dire les hypersecrétions bronchiques aboutissant à l'expulsion d'un liquide hydromuqueux, sans qu'il y ait inflammation, mais seulement réaction des bronches au cours de certains états chroniques aujourd'hui bien classés. Dans le catarrhe aigu de nature inflammatoire, on entend un râle ronflant, grave, sonore au début, alors qu'il y a peu de sérosité sécrétée; il peut ressembler *« au coup d'archet prolongé sur une grosse corde de violoncelle »* ou *« au chant de la tourterelle »*. Puis, ensuite, quand la sécrétion muqueuse est devenue abondante, le râle sec devient muqueux, *« semblable au râle des mourants ou à celui des excavations tuberculeuses. Mais il en diffère en ce qu'il n'est jamais aussi bruyant ni aussi étendu, et qu'il permet encore d'entendre distinctement le bruit de la respiration »*; c'est la période dite de coction des bronchites des vieux auteurs.

Quant aux catarrhes chroniques, Laennec les divise en trois formes cliniques qui, si elles ont changé de nom, correspondent bien à la réalité des faits cliniques qu'on observe journellement. D'abord, le catar-

rhe sec : sa caractéristique est le crachat perlé « *ces crachats qu'un grand nombre de personnes rendent tous les matins en petite quantité, ont été désignés par Fourcroy sous le nom de mucus bronchique : je les nommerai crachats perlés (sputa margaritacea), pour les distinguer de l'expectoration muqueuse ou pituiteuse* ». Il existe aussi parfois un bruit de soupape, dû au déplacement par l'air d'un crachat perlé; nous reconnaissons là les sujets qui, après une bronchite aiguë, conservent un peu de dyspnée et d'expectoration avec exacerbations hivernales et qui deviennent emphysémateux au bout d'un temps plus ou moins long. Le catarrhe muqueux chronique est l'apanage des vieillards, s'installe sans inflammation et consiste plutôt en un trouble des sécrétions bronchiques; c'est lui qui s'accompagne d'un certain degré de dilatation des bronches et de temps à autre, d'une expectoration odorante, d'où le nom de bronchite fétide sous lequel on le décrit maintenant. Quant aux catarrhes pituiteux, ce sont les cas de certains sujets atteints de bronchite chronique avec sclérose pulmonaire et emphysème, et qui expectorent chaque jour de grandes quantités de liquides hydromuqueux « *crachats limpides, filants, visqueux, semblables au mucus*, disait Laennec »; l'analyse chimique, en effet, révèle surtout de l'eau, de la mucine, mais pas d'albumine.

Ainsi donc, catarrhes secs, muqueux, pituiteux d'une part; bronchites infectieuses chroniques, bronchites fétides, bronchites chroniques avec sclérose et emphysème : voici, reconstituées sous d'autres noms,

des entités morbides que Laennec avait décrites cent ans auparavant.

CARACTÈRES ANATOMIQUES ET CAUSES DE LA DILATATION DES BRONCHES

Il s'agit ici d'une affection assez fréquente, non seulement chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte, contrairement à l'opinion courante — assez fréquente pour qu'un auteur, M. Ameuille, ait pu en observer 21 cas en une même année — dont l'honneur de la première description revient à Laennec. Elle consiste en une distension mécanique des bronches par les accès de toux, à la suite de la disparition de leur ceinture musculo-élastique, de même qu'une artère devient anévrysmale quand, ayant perdu sa tunique moyenne, elle se laisse distendre par la pression sanguine. C'est en 1818, que Laennec en fit un type clinique bien individualisé qui reste d'ailleurs toujours d'actualité pour le clinicien qui étudie la pathologie des voies respiratoires. Sans doute, l'injection de lipiodol intra-bronchique, selon la méthode des Professeurs Sicard et Forestier, par voie glottique ou intercrico-thyroïdienne, a précisé nos connaissances et facilité un diagnostic obscur qui échappait le plus souvent aussi bien aux anatomistes qu'aux médecins praticiens, et dont la difficulté avait apparu très nettement à Laennec : « *Cela dépend, sans doute, avait-il écrit dans son*

Traité de l'Auscultation Médiante, de ce que, ayant rarement lieu dans toute l'étendue des bronches, on peut facilement la rencontrer sans l'apercevoir, lors même qu'elle est portée à un degré très marqué. Car un rameau bronchique dilaté ressemble souvent à une bronche plus volumineuse; et en incisant simplement le poumon, on le prendra nécessairement pour tel. Il faudrait, pour reconnaître la dilatation et constater que le rameau a un plus grand diamètre que la bronche qui lui a donné naissance, suivre toutes les divisions de l'arbre bronchique, ce qui se fait très rarement dans les ouvertures des cadavres. »

La dilatation des bronches étant caractérisée essentiellement par une augmentation permanente du calibre des bronches est avant tout une entité anatomique; pour la comprendre, il est nécessaire, tout d'abord, d'en étudier les caractères anatomo-pathologiques. Les voici, extraits du Cours de Laennec 1824-1825 :

« La dilatation des bronches se rencontre chez les enfants atteints de coqueluche, chez les vieillards asthmatiques, chez les phtisiques.

Les petits rameaux bronchiques sont dilatés, sans autre changement dans leur forme et acquièrent un diamètre égal à celui d'une plume de corbeau ou d'oie, ou même à celui du doigt. Parfois, ils perdent leur forme et présentent celle d'une cavité capable de loger un grain de chenevis ou une cerise. La muqueuse des bronches est rouge, violette, épaissie, les cerceaux cartilagineux s'y distinguent quelquefois encore, mais

l'épaisseur et la consistance des parois sont extrêmement variables. Les petits rameaux sont quelquefois plus gros que les bronches dont ils se séparent. Rarement, on trouve les bronches elles-mêmes dilatées. Quand cette dilatation est aussi étendue, le tissu pulmonaire est comprimé, flasque, privé d'air, semblable à celui d'un poumon refoulé par un épanchement pleurétique.

Il n'y a, dans les cas ordinaires, que deux ou trois rameaux dilatés ; mais parfois, après de longues et graves coqueluches, ils le sont presque tous.

Dans la phtisie, les rameaux bronchiques qui se rendent à une excavation tuberculeuse, restent dilatés après la cicatrisation de ces cavernes. »

Laennec a bien vu que l'ectasie bronchique apparaît chez les sujets atteints de catarrhe chronique, chez les enfants coquelucheux et les phtisiques. « *Une masse de crachats volumineux, a-t-il écrit, ne peut se former et séjourner en un point des bronches sans les dilater ; et si, après avoir été expectorée, une nouvelle sécrétion la reproduit dans le même lieu, il est évident que cette dilatation tendra à devenir permanente.* » Mais nous savons actuellement que cette théorie mécanique est insuffisante à expliquer la dilatation des bronches : l'ectasie n'apparaît que lorsque l'inflammation (théorie inflammatoire) a préparé le terrain. Or, nous savons que la bronchite disséquante, préparatoire de la bronchectasie, n'est autre que la conséquence de certaines broncho-pneumonies à marche lente, qui s'observent surtout après la coqueluche et

la rougeole d'une part; et que, d'autre part, s'il est un terrain favorable au développement de l'infection bronchique et à l'apparition de la dilatation des bronches, c'est bien le terrain tuberculeux, non pas la tuberculose caséuse banale en évolution, mais la tuberculose fibreuse, fait signalé par Grancher. Quant au rôle de la syphilis, Laennec ne le mentionne pas.

Toutes ces lésions bronchiques sont d'origine microbienne; on trouve dans le pus des bronches dilatées : pneumocoques, stéptocoques, staphylocoques, jamais de bacilles de Koch.

Par contre, les caractères anatomiques sont observés d'une façon parfaite : le siège des lésions sur les bronches de moyen et de petit calibre, les grosses bronches possédant des cerceaux cartilagineux qui restent inextensibles — leur unilatéralité fréquente — la forme des rameaux dilatés répondant au type cylindrique par accroissement uniforme de leur calibre, ou au type ampillaire : fusiforme, sacciforme, moniliforme, par accroissement inégal de ce même calibre, — l'état de la muqueuse bronchique, siège d'une vascularisation intense et du tissu pulmonaire induré, carnifié, privé d'air, sclérosé, criant sous le couteau qui le coupe, entouré d'une plèvre épaissie et adhérente. Ce poumon creusé de cavités, semblable à « une éponge », ou à « un fromage percé de trous », Laennec l'avait décrit, lorsque, sur la table d'autopsie, il coupait les bronches selon leur axe, en commençant par les grosses et en suivait une à une toutes leurs ramifications.

CARACTÈRES ANATOMIQUES ET SIGNES DE L'EMPHYSÈME
PULMONAIRE

Sous le nom d'emphysème pulmonaire ($\epsilon\iota$ = dans; $\sigma\upsilon\mu\eta\sigma\iota\varsigma$ = souffle), on décrit une affection fort répandue, caractérisée par la distension excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, accompagnée de la perte de l'élasticité et de l'atrophie de leurs parois.

Les Anciens la connaissaient : au xvii^e siècle, Valsalva (1666-1732) de Bologne, puis au xviii^e siècle, Morgagni (1682-1771), professeur à Padoue et Van Swiëten (1700-1772), professeur à l'Université de Leyde, puis de Vienne, en avaient rapporté quelques observations, mais ils n'avaient vu dans l'emphysème qu'un simple épanchement d'air dans le poumon. Aucun de ces auteurs n'avait perçu la lésion anatomique qu'est la dilatation permanente et définitive des cellules du poumon. Un peu plus tard, Mathieu Baillie (1761-1828), anatomiste écossais, dans son *Manuel d'Anatomie Pathologique* (1795) avait insisté sur « la dilation des cellules aériennes et les vésicules formées par l'extravasation de l'air sous la plèvre », mais n'en décrivit aucun symptôme clinique. C'est encore à Laennec que revient la première description complète de l'emphysème, lequel, fidèle à sa méthode, rapprochant les symptômes observés sur le vivant des lésions trouvées à l'autopsie, a ainsi individualisé le syndrome emphysemateux. Sa description anatomique est parfaite, sa symptomatologie observée avec précision. Il en décrit

deux variétés : l'emphysème vésiculaire ou pulmonaire « *la plus simple des altérations organiques du tissu pulmonaire, puisqu'elle consiste dans la simple dilatation des vésicules ou cellules dont il se compose... et qu'elle n'a échappé presque entièrement aux recherches des anatomistes que parce qu'elle n'est en quelque sorte qu'une exagération de l'état naturel du poumon* », affection essentiellement chronique, et l'emphysème interlobulaire « *véritabre lésion traumatique qui se développe presque instantanément; c'est l'emphysème du poumon, tel à peu près que le conçoivent les chirurgiens, mais qui, quoique universellement admis, est encore fort peu connu sous le rapport anatomique* », et dans lequel l'air s'échappe dans le tissu cellulaire environnant, à la suite de la rupture des vésicules.

Voici les quelques réflexions qu'il fait à ce sujet, recueillies dans son cours de 1824-1825 :

« *L'emphysème constitue la plus simple des affections pulmonaires. Les effets qu'elle produit à un haut degré avaient été obscurément notés par plusieurs auteurs, ex. : Morgagni...*

On peut en distinguer différentes sortes :

1) *Emphysème simple : c'est une dilatation des cellules aériennes. M. Reissen a démontré leur existence par ses injections du poumon avec le mercure. Leur forme est hémisphérique.*

Ces cellules dilatées se reconnaissent à leur transparence et font saillie sous la plèvre. D'inégale grosseur, elles ont le volume d'un grain de millet, d'un

grain de chènevis, d'un noyau de cerise, et semblent communiquer entre elles, bien que séparées par des lignes celluleuses lozangiques que l'on distingue à la surface du poumon.

2) *Emphysème avec rupture* : la distension de ces petites cellules peut amener leur rupture. Lorsqu'elle est récente, il y a un peu de sang autour de ces cellules et les plus proches sont affaissées. Si cette rupture a lieu à la partie postérieure du poumon, près de sa racine, l'air s'infiltré dans le tissu cellulaire lâche de cette région, gagne celui de la colonne vertébrale et se répand dans diverses régions : c'est l'emphysème des chirurgiens.

3) *Emphysème avec hypertrophie* : Lorsque cette affection a duré longtemps, on trouve les cloisons épaissies et hypertrophiées. Dans ce cas, à l'ouverture de la poitrine, le poumon, loin de se laisser affaisser par la pression atmosphérique, s'échappe avec force de la plaie de cette cavité.

CAUSES DE L'EMPHYSÈME.

La plus ordinaire est le catarrhe sec. Il est rare qu'au bout de plusieurs mois de catarrhe sec, l'emphysème n'ait pas commencé. On conçoit facilement que les crachats retenant l'air inspiré pendant plusieurs heures dans quelques points du poumon, cet air froid s'échauffe et se dilate. D'un autre côté, les fortes inspirations l'y accumulent en forçant les soupapes que représentent les crachats perlés.

Les efforts : car ils nécessitent l'emprisonnement de l'air qui se dilate dans les poumons, surtout l'hiver lorsque le fluide est froid. C'est à la suite de ces efforts que surviennent les emphysemes aigus simples ou avec rupture.

Le chant : cette cause le produit rarement. On a vu cependant la rupture et l'emphyème chirurgical produits de cette manière.

SIGNES.

L'emphyème extérieur démontre la rupture des vésicules et l'infiltration de l'air le long des vaisseaux pulmonaires.

L'emphyème chronique a des signes nets : Poitrine très sonore, absence du bruit respiratoire; si la forme cylindrique du thorax s'y joint, il n'y a plus de doute. On entend parfois une crépitation sèche que j'ai décrite sous le nom de râle crépitant sec à grosses bulles, bruit semblable à celui que produirait l'air insufflé dans un tissu cellulaire à demi-desséché.

La respiration est gênée, quelquefois jusqu'au point que l'on désigne vulgairement l'emphyème sous le nom d'asthme, et les malades éprouvent de véritables accès de dyspnée. La face est ordinairement bouffie, les lèvres et les pommettes violettes. Il y a peu de signes généraux, rarement de la fièvre.

PRONOSTIC.

L'emphyème simple n'est pas grave par lui-même; on voit des vieillards qui, depuis leur plus tendre en-

fance, en sont atteints; c'est cette sorte d'asthme qu'on peut appeler brevet de longue vie, mais on observe souvent à la longue l'hypertrophie ou la dilatation du cœur.

Dans cette description, Laennec décrit ces poumons augmentés de volume, turgides, faisant hernie au dehors à l'ouverture du thorax, ces vésicules dilatées « *ne dépassant souvent nullement la surface du poumon* », parfois, au contraire, formant une légère saillie, donnant alors « *au tissu pulmonaire une ressemblance frappante avec les poumons vésiculeux des animaux de la famille des batraciens* ». La consistance du poumon est diminuée, il est mollasse, sans élasticité, donne à la main qui le palpe la sensation « *d'un oreiller de duvet* », et le doigt qui s'y enfonce laisse une empreinte nette. Plongé dans un vase rempli d'eau, « *il s'y enfonce beaucoup moins qu'un poumon sain et reste parfois à la surface du liquide sans y plonger sensiblement.* » Il insiste sur le rôle du catarrhe chronique dans l'étiologie de cette affection, le rôle des muscles inspireurs, qui faisant pénétrer avec force l'air dans les vésicules, l'empêchent de s'échapper, de sorte qu'il s'y trouve retenu en partie par suite de l'insuffisance des forces expiratoires. Il observe ce thorax en tonneau, note le tympanisme thoracique et l'absence du murmure vésiculaire. « *Si l'on applique le stéthoscope sur la poitrine d'un homme attaqué d'emphysème, la respiration ne s'entend pas dans la plus grande partie de cette cavité, quoi qu'elle rende un son très clair par la percussion; et*

le bruit respiratoire est très faible dans les points où il s'entend encore. » Les accès de dyspnée ne lui échappent pas : *« La gêne de la respiration est habituelle, mais elle augmente par accès qui n'ont rien de régulier pour le retour et la durée; elle s'accroît encore par l'effet de toutes les causes qui influent sur la dyspnée, quelle que soit la lésion à laquelle elle est due, comme le travail de la digestion, la contention d'esprit, l'habitation des lieux élevés, les exercices pénibles, l'action de courir, de monter, et surtout l'invasion d'un catarrhe pulmonaire aigu. »* La marche de la maladie est longue, bien que *« relativement à toutes les maladies intercurrentes un peu graves, la respiration imparfaite paraisse devoir rendre la probabilité de durée de la vie beaucoup moindre »*. L'apparition d'un catarrhe aigu est à redouter, les troubles pulmonaires retentissent à la longue sur le cœur, et Laennec avait compris que *« la maladie de cœur »*, selon son expression, est toujours secondaire aux lésions pulmonaires.

Les grands cliniciens du xix^e siècle ont complété le tableau de Laennec : Andral, Bouillaud, Woillez ont décrit sous le nom de voussures partielles, les saillies sus-claviculaires et les voussures sterno-mamelonnaires qui existent parfois dans ces cas. Grancher a décrit les particularités du murmure vésiculaire : l'inspiration brève, humée, l'expiration au contraire prolongée. Hirtz a mesuré, par la cyrtométrie, l'indice respiratoire qui s'abaisse considérablement chez l'emphysémateux. Enfin, au point de vue thérapeutique,

l'intervention de Freund qui proposait en 1859 la résection des cartilages costaux ossifiés en vue de rendre au thorax une mobilité suffisante, a été pratiquée en 1906 par Hildebrant, puis en France par MM. Tuffier, Delbet et Roux-Berger, dans des cas exceptionnels, après *échec des traitements usuels*.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA PNEUMONIE

« *Les noms de Péripneumonie (Hippocrate), de Pneumonie (Arétée), écrit Laennec, comprenaient chez les Anciens toutes les maladies aiguës de poitrine existant sans douleur notable de côté. Nous en restreignons l'application, avec la plupart des médecins modernes, à l'inflammation du tissu pulmonaire.* »

De fait, Hippocrate avait connu la Péripneumonie (la particule *περι*, dans le mot *περι πνευμονιζ* ne signifie pas autour, mais indique seulement importance, comme dans l'expression *περι τοι Αγαμέμνονα*, pour dire Agamemnon (Laennec). Le vieux médecin de Cos en avait décrit la fièvre, les crachats rouillés, le délire, mais il la confondit toujours avec la pleurésie. Aux *xvi^e* et *xvii^e* siècles, tandis que Sydenham (1624-1689), *1^{er}* à Westminster, et Cullen (1712-1790), Professeur à Edimbourg, regardent pneumonie et pleurésie comme les formes cliniques différentes, d'une maladie unique; Boerhaave (1668-1738) et Van Swieten (1700-1772), de Leyde, en donnent une excellente descrip-

tion : « A l'ouverture du corps, on trouve alors soit une infiltration de sang dans le tissu du poumon, soit des concrétions lymphatiques dans les ramifications des bronches, qui donnent au poumon une apparence de carnification, en sorte qu'en le divisant avec le scalpel, il paraît avoir la consistance du foie. » Au début du xix^e siècle, Pinel dans sa Nosographie, ne parle même pas, à propos de la Pneumonie, de la percussion qu'employait Corvisart, à telle enseigne que pneumonie et pleurésie étaient encore couramment confondues. C'est encore Laennec qui, définitivement, va isoler la pneumonie des inflammations de la plèvre : « ... *Nous parlerons de la pleuro-pneumonie ou de la complication de la pleurésie avec l'inflammation du poumon... et nous examinerons en même temps la question, si souvent agitée dans le dernier siècle, de la distinction de ces deux affections.* »

Considérée au point de vue anatomo-pathologique, Laennec va donner de la pneumonie une description si précise qu'elle figure actuellement dans tous les traités de Pathologie. « *Elle présente trois degrés très tranchés et faciles à reconnaître, que nous désignerons sous les noms d'engouement, d'hépatisation et d'infiltration purulente.* » Voici la description qu'il en fait, extraite de son cours de 1824-1825 :

« *La Péripleurésie est aussi fréquente dans nos climats que l'hépatite l'est dans les régions équatoriales. Elle passe par trois degrés :*

1^{er} DEGRÉ : *Le tissu pulmonaire est de couleur rouge*

ou violacée, tantôt sec, tantôt au contraire un peu humide, ce qui dépend d'un afflux soit sanguin, soit séreux plus prononcé, comme il arrive dans toute inflammation. Ainsi infiltré, le tissu pulmonaire est cependant encore crépitant, mais pressé entre les doigts, il est compact, pesant et gorgé de liquide.

2^e DEGRÉ : Le tissu pulmonaire est dur, fragile, non crépitant. Il paraît moins rouge à l'extérieur que dans le premier degré, bien qu'il s'en échappe encore du sang. À mesure que l'inflammation augmente, la rougeur tend à passer au grisâtre. La teinte rouge, plus pâle que dans le 1^{er} degré, est entremêlée avec une couleur grisé ou jaunâtre, et le poumon ressemble à certains granits.

3^e DEGRÉ : La couleur de gris jaunâtre devient jaune de pus. L'incision ne fait pas couler de liquide d'abord, mais quelques jours plus tard le pus encore concret coule sous forme de matière sébacée. Enfin, on trouve quelques points tout à fait ramollis et le doigt poussé légèrement y pénètre avec facilité. Si les progrès de l'inflammation continuaient, les abcès du poumon seraient beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont, mais la mort en arrête la formation.

La péripleurésie occupe rarement le sommet du poumon et c'est là qu'on voit les abcès se former. Elle siège surtout à la base et tend à envahir toute sa totalité.

Le poumon augmente-t-il de volume dans cette maladie ? M. Broussais a émis cette erreur. Le poumon

n'augmente pas de volume, d'une manière notable, par l'inflammation.

RÉSOLUTION :

Lorsque l'inflammation est encore peu avancée, elle peut se terminer par résolution :

AU 1^{er} DEGRÉ : la sérosité infiltrée devient moins sanguinolente, mais elle s'épanche en plus grande quantité.

AU 2^e DEGRÉ : le tissu, sec, s'humecte et se ramollit par l'infiltration de la sérosité.

AU 3^e DEGRÉ : le pus est absorbé et il s'épanche encore de la sérosité. On y distingue le pus nager en petits flocons.

Quand il y a complication d'épanchement pleurétique, cet œdème de résolution ne peut avoir lieu à cause de la compression du poumon. Cet organe se change en un tissu flasque, sec, qu'on a comparé à la chair musculaire : c'est la carnification. »

Laennec a ainsi tranché trois phases distinctes dans la maladie : l'engouement, stade dans lequel le poumon présente une augmentation de sa densité, ne surnage pas quand on le plonge dans un vase rempli d'eau, crépite assez mal sous le doigt; l'hépatisation rouge des anatomo-pathologistes modernes dans laquelle le poumon rappelle par sa consistance ferme et sa couleur foncée le parenchyme hépatique, ne crépite plus sous le doigt et gagne franchement le fond

du vase; enfin, l'hépatisation jaune ou infiltration purulente dans laquelle le poumon est gorgé de pus, de couleur jaunâtre, puis grisâtre, laissant échapper à la coupe un liquide séro-purulent. Il a vu la prédilection de cette affection pour le lobe inférieur du poumon, sa moins grande fréquence au sommet où elle détermine la formation d'abcès. Les véritables abcès du poumon sont rares en effet : il en cite, cependant, qu'il a vus, mais différencie nettement ces abcès, conséquence de l'inflammation du poumon, des vomiques décrites par Hippocrate, qui sont vraisemblablement causées par un ramollissement de matières tuberculeuses ou de pleurésie purulente ouverte dans les bronches. Il remarque enfin à l'autopsie de pneumoniques, la fréquence des complications pleurales, conséquence de l'inflammation du poumon.

L'APOPLEXIE DU POUMON

« C'est une maladie très commune, cependant à peu près inconnue sous le rapport de ses caractères anatomiques. Elle est, au contraire, fort connue sous le rapport de son symptôme principal, qui est ordinairement une hémoptisie grave et abondante... »

...Cette lésion est évidemment le résultat d'une exhalation sanguine dans le parenchyme du poumon lui-même, c'est-à-dire dans les cellules aériennes... et c'est pour cette raison que je crois devoir la désigner sous le nom d'apoplexie pulmonaire; elle ressemble, en

effet, entièrement à l'exhalation sanguine cérébrale qui produit l'apoplexie. » Traité auscultation médiate.

Parmi les auteurs qui étudièrent la question, c'est encore Laennec qui le premier décrivit cette affection d'une façon remarquable dans sa forme ordinaire qu'il a appelée « *infarctus hémoptoïque du poumon* ». Écoutons-en les caractéristiques principales tirées de son Cours de 1824-1825 :

« Il s'agit, ici, d'une affection fort connue sous le rapport de son symptôme principal qui est une hémoptisie, ordinairement grave et abondante. C'est un engorgement égal à celui d'un poumon très hépatisé, partiel et circonscrit, entouré d'un tissu sain, présentant un aspect tout à fait homogène, et dû à une exhalation sanguine dans les cellules aériennes du parenchyme pulmonaire.

SYMPTÔMES DE L'ENGORGEMENT HÉMOPTOÏQUE.

Les symptômes en sont variables : douleur dans la poitrine, toux, dyspnée, un pouls fréquent, c'est le signe qui varie le moins, quelquefois plein et vibrant. Ce pouls vibrant serait dû au spasme des artères et s'accompagne d'un bruit de soufflet dans les artères et dans le cœur, comme dans toutes les hémorragies. La fièvre s'observe rarement très marquée : cette hémorragie étant due à l'impulsion du sang et non à l'attraction de ce liquide par l'épine irritante comme les inflammations, il n'y a jamais de fièvre aussi intense que dans ces dernières.

Le crachement de sang est le signe le plus constant : il est ordinairement très abondant, revenant par intervalles avec toux quinteuse et oppression.

FORMES. — *Il existe des engorgements hémoptoïques latents, dans lesquels on observe ni crachements ni douleur thoracique. Parfois aussi, lorsqu'une forte congestion cause la rupture des vaisseaux et un épanchement de sang considérable dans le poumon, la mort arrive alors si promptement qu'on ne peut en soupçonner la cause, surtout si le sang ne fait pas irruption par la bouche.*

CAUSES. — *Elles sont difficiles à déterminer. Ce sont celles de l'hémorragie bronchique : les Phtisiques y sont sujets, les personnes atteintes de maladies de cœur éprouvent souvent ces hémoptisies. L'impression du froid, l'exposition prolongée à une chaleur forte la déterminent parfois, elle serait même due parfois à une dilatation du sang dont la cause est inconnue.*

EVOLUTION. — *Quelque grave que soit cette affection, la résolution paraît se faire avec assez de facilité. L'engorgement passe du rouge-noir au brun, et au rougeâtre pâle, sans être suivi d'œdème comme dans l'engorgement pneumonique. Lorsque la résolution est terminée, on ne retrouve aucune trace de la maladie dans le tissu pulmonaire. »*

Laennec a bien vu ce qui caractérise l'infarctus du poumon, véritable infiltration circonscrite d'un territoire pulmonaire plus ou moins étendu, de volume

variable, variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de poule, de forme ovoïde quand il est profond, pyramidale quand il est périphérique, constitué par un tissu dur, granuleux, compact, tombant au fond de l'eau, entouré d'un tissu entièrement sain donnant enfin l'impression de « truffes incluses dans le poumon » (Gendrin). Sa coupe présente trois zones que Laennec avait décrites : une zone centrale, rouge-noir, une zone intermédiaire rouge-clair, une zone périphérique, jaunâtre. Les symptômes en sont bien observés : la dyspnée subite, la toux, les douleurs vives dans un point de la poitrine, le pouls fréquent, le bruit de soufflet au cœur qui révèle la maladie de cet organe, enfin l'hémoptisie ordinairement grave et abondante, de sang noir ou caillé. Bien que l'évolution de la maladie soit le plus souvent favorable, comme le remarque Laennec, soit avec « *restitutio ad integrum* », soit avec persistance d'une cicatrice fibreuse pigmentaire, diverses complications peuvent, cependant, survenir. Les foyers sanguins du poumon peuvent, ainsi que le fait remarquer Cruveilhier, parcourir les mêmes périodes que les foyers sanguins cérébraux : « Ainsi il peut arriver que les globules frappés d'apoplexie se transforment peu à peu, à mesure que l'absorption enlève la partie liquide du sang, en autant de noyaux très durs, dont la couleur est d'un « *noir de jais* », et qui deviennent pour le poumon de véritables corps étrangers que la nature isole comme ceux du cerveau. » En outre, ces foyers peuvent s'infecter secondairement et aboutir soit à la suppuration, soit à la gangrène du poumon.

Quant au mécanisme pathogénique de cette exhalation sanguine dans les cellules aériennes du poumon, il semble avoir échappé totalement à Laennec. Ses continuateurs devaient éclairer la question. Nous savons maintenant qu'il s'agit de l'oblitération brusque d'une branche de l'artère pulmonaire, entraînant l'ischémie dans un territoire déterminé du poumon. Ce trouble de la circulation pulmonaire que l'on observe chez les cardiaques (affections mitrales, myocardites, symphyse cardiaque) dans certaines lésions vasculaires d'origine toxique ou infectieuse (artérites, phlébites), ou dans certaines affections du système nerveux (hémorragie cérébrale, ramollissement), serait dû pour Virchow (1849) à une oblitération par embolie, et ce rôle de l'embolus dans la production de l'infarctus hémoptoïque est admis par la plupart des auteurs. L'Ecole Française avec Bouillaud, Charcot, Lancereaux, puis plus près de nous Vaquez et Laubry, l'attribuerait plutôt à une oblitération par thrombose et ferait de l'infarctus la conséquence d'un processus local d'artérite thrombosante.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DES TUBERCULES

Depuis le temps d'Hippocrate, la Tuberculose ou phtisie était considérée comme le type des « maladies constitutionnelles » qui, avec le visage et la taille, le tempérament et le caractère, se transmettent d'âge en

âge, de génération en génération. A l'époque de la Renaissance, lorsqu'il fut permis de pratiquer librement l'ouverture des cadavres, F. de la Boë (1614-1672) de Leyde s'était rendu compte de la présence constante de petits grains ou tubercules, et Morton en avait fait la caractéristique de la maladie. Alors qu'aux XVII^e et XVIII^e siècles, Sydenham, Boerhaave et Van Swieten n'attribuent à ces tubercules aucune signification, Mathieu Baillie dans son traité d'Anatomie Pathologique (1795) en fait une description précise, sous forme de « petits corps ronds, isolés ou confluents, qui se rencontrent aussi bien dans le poumon que dans les autres organes et qui se transforment en abcès. »

Mais si l'existence de ces « petits corps ronds » avait été observée d'une façon minutieuse, on était loin d'être d'accord sur leur signification. On en confondait les différentes formes les unes avec les autres, les rendant responsables d'autant de maladies différentes, et c'est ainsi qu'au début du XIX^e siècle, Bayle contemporain et ami de Laennec, décrivait encore six espèces de Phtisies : tuberculeuse, granuleuse, avec mélanose ulcéreuse, calculeuse et cancéreuse. Laennec, au contraire, s'est efforcé de démontrer l'unité de la Phtisie. La lésion tuberculeuse va se présenter, pour lui, sous deux aspects : sous celui de masses isolées ou tubercules et sous celui de nappes ou d'infiltrations. Mais après une période initiale où la substance qui les constitue est de couleur grisâtre, tubercules et infiltrations vont suivre la même évolution, se ramollissent, subissent la dégénérescence caséuse,

deviennent jaunâtres et se creusent de cavités. Désormais, il n'y aura pas de Phtisie sans tubercules : Laennec en avait compris l'unité. Fidèles à cette théorie uniciste, malgré les attaques réitérées de Wirchow qui défendait l'opinion pluraliste, Villemin allait découvrir, en 1865, l'inoculabilité et la transmissibilité du virus tuberculeux, et Robert Koch, Pasteur étant venu, pouvait écrire le 10 avril 1882 : « Désormais, nous n'avons plus affaire, dans la lutte contre le terrible fléau de la tuberculose à quelque chose de vague et d'indéterminé; nous sommes en présence d'un parasite visible et tangible dont nous connaissons, en partie déjà, les conditions d'existence. Nous savons que ce parasite ne trouve ses conditions d'existence que dans le corps de l'homme et des animaux, et qu'il peut se développer comme le bacille du charbon, en dehors de l'économie animale, dans le milieu ambiant... »

« La matière tuberculeuse (Cours 1824-1825) peut se développer dans le poumon et dans les autres organes sous deux formes principales, celle de corps isolés, et celle d'infiltrations, chacune présentant plusieurs variétés, suivant leurs divers degrés de développement.

A) Les tubercules isolés présentent trois variétés :

1) Tubercules miliaires : c'est une variété de tubercules au début, que M. Bayle a considérée comme devant fournir une espèce particulière de Phtisie, dite Phtisie miliaire. Ils se développent habituellement dans un tissu sain, sec, crépitant. Ils sont très nom-

breux, sous l'aspect de petits grains gris, demi-transparents, opalins, du volume d'un grain de millet ou de chènevis, de forme obronde et anguleuse.

2) *Tubercules crus* : au bout d'un certain temps, les tubercules miliaires vont passer au jaune, d'abord au centre, puis dans toute leur étendue; ils croissent par intussusception et se réunissent : ce sont les tubercules crus.

3) *Granulations miliaires* : cette variété rare consiste en la présence de granulations du volume d'un grain de millet, de forme arrondie ou ovoïde, disséminées en quantité innombrable dans l'étendue d'un poulmon et qui, au bout d'un certain temps, se transforment en tubercules jaunès. Il n'y a entre cette variété et le tubercule mulaire que la différence entre un fruit vert et un fruit mûr.

ULCÈRES DU POUMON : les tuyaux bronchiques détruits permettent à ces foyers de se vider par l'expectoration. De là, la formation d'une cavité qui s'agrandit par la fonte des tubercules voisins et devient anfractueuse; c'est là un ulcère du poulmon, suivant les Anciens. Lorsque la maladie est bornée, cette cavité vidée se tapisse d'une membrane d'abord molle, puis demi-cartilagineuse qui s'épaissit, de sorte que ses parois se rapprochent beaucoup, et laissent un vide presque linéaire entre elles, ou bien la cavité est entièrement oblitérée par un épanchement de matière cartilagineuse : c'est ainsi que se cicatrisent les tubercules ramollis et ulcérés. Ces cicatrices sont si com-

munes, surtout au sommet du poumon, qu'on a pu les considérer comme une disposition naturelle; j'estime, au contraire, que c'est bien là une nouvelle preuve de la curabilité des tubercules.

B) L'INFILTRATION TUBERCULEUSE :

La matière tuberculeuse se dépose parfois dans les mailles du tissu pulmonaire. Cette infiltration, rarement primitive, offre aussi trois variétés :

1) *Une matière gélatiniforme, presque liquide, incolore ou légèrement sanguinolente, apparaissant par îlots au milieu de tubercules déjà développés. On y distingue aucun caractère de tissu pulmonaire.*

3) *ou une matière gris perle, demi-transparente, apparaissant surtout autour des excavations tuberculeuses, qui se durcit, devient moins transparente et surtout mêlée de matière noire. On l'a regardée longtemps comme un produit de l'inflammation chronique.*

3) *ou une matière jaune opaque, qui semble n'avoir pas passé par l'état gris. Il existe alors des masses d'un blanc-jaunâtre plus pâles que le tubercule cru ordinaire, irrégulières, occupant parfois un lobe entier du poumon.*

Les tubercules pulmonaires peuvent parfois succéder à une éruption tuberculeuse qui affecte les membranes des intestins et qui donne lieu à une diarrhée. Ils peuvent succéder aussi à une affection tuberculeuse des glandes cervicales et mésentériques; et c'est ainsi qu'on rencontre parfois des tubercules relative-

ment récents dans le poumon, tandis qu'il y en a de très avancés dans les autres organes. »

Nous savons actuellement que ce qui caractérise surtout la lésion tuberculeuse, c'est qu'elle est avant tout une lésion locale, n'ayant que peu de retentissement sur les régions voisines, et suscitant même, de la part du tissu conjonctivo-vasculaire qui l'entoure, des réactions aboutissant à son enkystement. M. le Professeur Besançon a remarqué, qu'à ce point de vue, la porte d'entrée du bacille a une importance considérable, à savoir si le bacille est véhiculé par le sang jusqu'aux dernières ramifications des capillaires sanguins, ou s'il est passé dans les voies lymphatiques? Dans ce dernier cas, la réaction d'enkystement du tissu lymphatique sera portée au maximum dans le premier cas, au contraire, il peut se faire une véritable inondation des tissus, car la réaction d'enkystement est alors minime et l'infiltration diffuse domine.

Laennec avait bien observé tous ces faits, lorsqu'il décrivait deux types de lésions, avec leur forme et leur siège : lésions circonscrites, tubercule miliaire, tubercule jaune cru, granulation tuberculeuse, d'une part; lésions diffuses, infiltration gélatiniforme, infiltration grise, infiltration jaune, d'autre part.

Quant à l'évolution de la matière tuberculeuse, Laennec en avait aussi décrit la marche d'une façon parfaite : apparaissant sous l'aspect d'une matière grise et demi-transparente, elle devient bientôt jaune opaque et très dense (stade de conglomération) puis,

se ramollissant pour acquérir peu à peu la consistance du fromage (stade de caséification) elle est expulsée par les bronches, et laisse à sa place des cavités qu'il appelle « *des excavations tuberculeuses* », véritables « *ulcères du poumon* » (stade des cavernes). Ces excavations sont le plus souvent entourées de tubercules crus qui, en se ramollissant, viendront s'ouvrir dans l'excavation principale. Il a signalé la guérison possible de ces excavations par la formation d'une matière cartilagineuse qui n'est autre que du tissu fibreux. Ce tissu de néo-formation, constitué de bandes et d'îlots, de nature tuberculeuse comme le démontre la présence de tubercules fibreux au sein même de ce tissu, renfermant des cellules géantes avec bacilles, et susceptibles de se caséifier à un moment donné, n'est autre qu'une tuberculose en évolution ralentie, déterminant, par ce processus de sclérose, le seul mode de guérison des lésions tuberculeuses.

Mais si, pour Laennec, la granulation est bien l'élément primordial de l'infection tuberculeuse, le fruit vert par rapport au fruit mûr qu'est le tubercule, nous savons maintenant, qu'en réalité, il s'agit de deux productions différentes : la granulation n'ayant que peu de tendance au ramollissement, tandis que le tubercule se caséifie rapidement, et se creuse de spelunques. Bien que Laennec ait distingué anatomiquement d'une façon précise la granulation avec sa forme arrondie ou ovoïde, sa transparence incolore, du tubercule miliaire avec sa forme obronde et anguleuse, on oublia vite cette distinction et on fut porté

à faire du tubercule une simple agglomération de granulations. Grâce aux progrès de l'histologie, nous savons d'une façon certaine, que ces deux productions diffèrent : la granulation n'est qu'une réunion de follicules tuberculeux avec cellule géante au centre, couche de cellules épithélioïdes et couche de cellules embryonnaires à la périphérie; tandis que le tubercule est une lésion distincte, véritable « nodule broncho-pneumonique », véritable « bronchio-alvéolite bacillaire », à point de départ bronchique et péribronchique, siégeant au point précis où les bronchioles se terminent dans les alvéoles, se disposant selon Gran-cher « aux extrémités des bronches, comme les grains d'une grappe de raisin ou comme les fleurs d'un corymbe » et il s'agit bien là d'une réaction d'alvéolite. Granulations et tubercules sont donc deux modes de réactions différents, que la porte d'entrée du bacille semble expliquer : le bacille est-il introduit par voie sanguine? Il déterminerait plutôt une réaction folliculaire avec granulations. Est-il introduit, au contraire, par effraction de l'alvéole ou par voie lymphatique? Il déterminerait alors une réaction d'alvéolite avec apparition de tubercules, caséification rapide, et ce processus d'alvéolite semble être à la base de la plupart des lésions tuberculeuses du poumon.

Laennec a vu que les tubercules, même les cavernes, peuvent cicatriser, compris ces cicatrices pulmonaires qu'il trouvait à l'autopsie de sujets morts d'affections diverses non bacillaires; il a saisi enfin la grande part de la nature et la petite part de la théra-

peutique dans la guérison de la Phtisie : « *quoique la guérison soit possible pour la nature, concluait-il, elle ne l'est point encore pour la Médecine.* »

LES TUBERCULES SONT-ILS LE PRODUIT
DE L'INFLAMMATION

Nous abordons ici la phase aiguë d'une discussion célèbre entre Laennec et Broussais, discussion qui allait se poursuivre après la mort de Laennec, avec Andral et Cruveilhier.

« *Les Anciens, écrivait Laennec dans son Grand Traité attribuaient à l'inflammation le développement de toutes les productions accidentelles qui leur étaient connues et qu'ils confondaient sous le nom de squirre, tumeur, tubercule (σχιρρῶσις, φυματῶσις)...* M. Bayle est le premier qui ait combattu cette idée par des faits positifs.

M. Broussais qui, vers la même époque, observait dans les Hôpitaux Militaires, suivait l'ancienne opinion de M. Bayle et la combat encore chaque jour par des raisonnements et des assertions beaucoup plus que par des faits. »

Broussais, en effet, fidèle à sa doctrine, ne voyait dans le tubercule qu'une conséquence de l'irritation : « Les organes, disait-il, irrités à un degré pendant un temps plus ou moins long, finissent par devenir tuberculeux quand ils y sont prédisposés... » L'importance

de la question me paraît très grande, avait répondu Laennec; d'où l'origine de la discussion entre les deux rivaux.

Voici sur ce sujet l'opinion de Laennec, recueillie dans le cours de 1824-1825 :

« Les tubercules sont-ils le produit de l'inflammation? M. Broussais résout affirmativement la question. Cette opinion est très ancienne. Elle a été peu à peu détruite par les observations plus exactes de Morgagni... et des médecins anglais. Cependant, le vulgaire médical la conservait encore. Ce qui a pu donner lieu à cette erreur, c'est que la Phtisie latente jusqu'à une certaine époque, s'accompagne alors de phénomènes inflammatoires. M. Bayle a établi sur des faits nombreux et exacts que cette affection a des caractères propres. En même temps, M. Broussais, au milieu des camps, faisail, avec moins de loisir, ses observations. Ayant ensuite pris connaissance des travaux du premier, il s'attacha à les détruire. »

Examinons successivement les différentes phlegmasies auxquelles il donne la propriété de produire des tubercules :

1° Péricapneumonie aiguë. — *Rien de plus rare que de rencontrer des tubercules dans un poumon affecté d'inflammation aiguë. Encore un observateur exercé déterminera-t-il l'ancienneté de ces tubercules. On ne pourrait pas, sans une profonde ignorance, prendre le pus concret de la Péricapneumonie pour de la matière tuberculeuse. La couleur suffit pour le faire distinguer.*

2° Péripleumonie chronique. -- On n'y trouve pas de tubercules. Elle est, d'ailleurs, très rare. Et c'est une preuve de la fausseté de l'opinion de M. Broussais qui l'a fondée sur la fréquence des péripleumonies chroniques. Il a, sans doute, pris pour un signe de cette inflammation l'infiltration tuberculeuse grise, qu'il a démontrée être identique avec les tubercules isolés, et au milieu de laquelle, on trouve, en effet, des points jaunes, isolés.

Dans les constitutions où règne la Péripleumonie, et dans les poumons qui sont affectés d'une simple congestion, on trouve souvent des portions isolées, endurcies. M. Cruveilhier (mémoire inséré dans les archives) regarde cela comme une péripleumonie particulière. Elle attaque principalement les enfants, elle ne peut être reconnue à l'aide du stéthoscope, la portion malade étant environnée d'un tissu sain où la respiration se fait entendre. Ce médecin a trouvé, au milieu de ces petits corps durs, une matière jaune, fluide, et il regarde cela comme une tuberculisation, produit de l'inflammation, ce qui n'est pas exact.

Une autre preuve très convaincante que les tubercules sont indépendants de cette inflammation, c'est que les tubercules miliaires naissent toujours au milieu d'un tissu sain. Très rarement même, ils sont entourés d'une auréole rouge, et alors ce sont les tubercules qui ont déterminé l'irritation.

3° Catarrhe. — La forme des tubercules semble indiquer qu'ils se forment dans les cellules aériennes; mais ce n'est qu'une conjoncture. La couleur des tu-

bercules commençants est la même que celle des crachats; seulement, ils sont à l'état concret. Ces suppositions qui paraissent favoriser l'opinion que nous combattons sont du reste, démenties par l'expérience et l'observation. Les grandes villes renferment le plus de phtisiques, et ce n'est pas là qu'on s'enrhume le plus facilement. Sur une population de 44.000 âmes et une mortalité de 140, il n'y a que 3 phtisiques, sur les côtes méridionales de la Bretagne, où la plupart des habitants ont un catarrhe sec habituel.

L'époque où le catarrhe se manifeste dans la phtisie est le plus souvent de beaucoup postérieur au développement des tubercules. Beaucoup de phtisiques disent qu'ils n'ont jamais éprouvé de catarrhe que celui pour lequel ils vous consultent.

4° Pleurésie. — *M. Broussais a vu des phtisiques qui avaient succombé à une pleurésie. Post hoc, ergo propter hoc. C'est ainsi qu'il a raisonné. Cette manière grossière de raisonner a été relevée par lui en disant que l'irritation s'est portée sympathiquement de la plèvre sur le poumon.*

En suivant attentivement le développement de la phtisie, on voit tous les jours des pleurésies venir la compliquer. Cela se conçoit beaucoup mieux. Car des tubercules développés à la surface du poumon deviennent autant d'épines saillantes qui lèsent la plèvre et causent son inflammation. Une autre cause de la pleurésie dans cette maladie est encore le ramollissement et la crevasse de tubercules voisins de la plèvre pul-

monaire et leur épanchement dans la cavité de cette membrane. »

Laennec se demande quelle est, des maladies inflammatoires du poumon, celle dont le développement des tubercules serait la suite habituelle et évidente : la péripneumonie aiguë, chronique, le catarrhe, la pleurésie. Aucune de ces affections ne lui semble engendrer l'apparition de tubercules. La pneumonie aiguë ne s'accompagne pas de tubercules à l'autopsie, ni n'est suivie chez le survivant de manifestations bacillaires. La pneumonie chronique est excessivement rare et ses caractères sont entièrement différents des lésions tuberculeuses. La catarrhe s'observe chez des gens très âgés, qui n'ont jamais présenté aucun signe de phtisie. Enfin la pleurésie complique plutôt une lésion bacillaire, et il n'est nullement prouvé qu'elle en soit la cause. *« En résumé, concluait-il, on ne peut, sans donner la torture aux résultats de l'observation et faire un étrange abus de raisonnement, regarder les tubercules comme le produit de l'inflammation de quelqu'une des parties constituant les du poumon. D'un autre côté, une multitude de faits prouvent que le développement des tubercules est le résultat d'une disposition générale, qu'il se fait sans inflammation préalable et que, lorsque cette dernière coïncide avec l'affection tuberculeuse, elle lui est le plus souvent postérieure en date. »* Or, nous connaissons maintenant l'origine des tubercules, le bacille de Koch.

SIGNES PHYSIQUES DES TUBERCULES

Après avoir décrit les tubercules au point de vue anatomique, il s'agissait de les dépister dès le début de l'affection. C'est au stéthoscope que Laennec a recours pour les reconnaître à chaque période de leur évolution :

« C'est au sommet (Cours 1824-1825) qu'il faut d'abord les rechercher; rarement ils commencent dans un autre point du poumon. C'est sous la clavicule, et à droite particulièrement, qu'on recueille, par l'auscultation, les premiers indices de cette maladie.

1) Signes des tubercules miliaires. — *Les tubercules discrets, nombreux même, sont impossibles à reconnaître. Ils ne produisent aucun phénomène local ni général.*

2) Signes des tubercules crus. — *Quand ils se réunissent, la résonnance devient moindre et inégale des deux côtés, sous la clavicule et jusqu'à la 3^e côte. La respiration s'affaiblit et la voix retentit fortement dans le sommet du poumon (bronchophonie). On pourrait être induit en erreur dans le cas de phtisie récemment guérie, car la cicatrice donne lieu au même phénomène.*

3) Signes des tubercules ramollis. — *On observe alors du gargouillement, c'est-à-dire remuement d'une matière demi-liquide dans une cavité plus grande que les bronches. Ce gargouillement se rapproche peu à peu du râle sous-muqueux. Enfin, il existe un reten-*

lissement exagéré de la voix (pectoriloquie), puis une respiration caverneuse où on sent l'air rentrer et sortir d'une vaste cavité et en même temps un râle caverneux.

Lorsque la matière est épaisse et passe difficilement dans un tuyau bronchique étroit, la caverne remplie ne permet pas de distinguer ces phénomènes. Si on excite la toux, ils deviennent parfois distincts ou il faut attendre quelque temps.

Lorsque les tubercules sont vidés et qu'il existe une large caverne, le son revient un peu, et si la caverne est très vaste, il devient même plus clair que dans l'état naturel. Mais ordinairement, les grandes cavernes ne donnent pas lieu à ce phénomène parce qu'elles sont entourées d'un tissu infiltré de matière tuberculeuse. »

Ainsi donc, pour Laennec, les tubercules discrets, même nombreux, ne peuvent se reconnaître et la tuberculose, tout à son début, passerait inaperçue. Son ami Bayle avait pensé, lui aussi, que la « Phtisie incipiens » devait être précédée d'une phase cachée durant laquelle les tubercules devaient exister sans qu'on pût la diagnostiquer. Quelques vingt ans plus tard, Grancher, au contraire, crut que la présence de tubercules isolés devait pouvoir se trahir, grâce au stéthoscope, à une période dite de germination des tubercules, période qui précède celle dite de conglomération par « une inspiration rude et grave, ayant perdu son moelleux habituel », survenant chez un individu en bonne santé apparente, ne crachant pas

ou n'expectorant pas de bacilles au dehors. Actuellement, ces anomalies de force, de douceur, de continuité du murmure vésiculaire de Grancher n'ont plus la même valeur sémiologique : on peut les observer en dehors de toute atteinte tuberculeuse ou dans des tuberculoses guéries, indiquant plutôt une symphyse pleurale ou la présence d'un tissu cicatriciel de sclérose pulmonaire. On reviendrait plutôt à l'opinion de Laennec en pensant que, si tant il existe une phase où l'on peut prévoir qu'un individu est en puissance d'infection tuberculeuse, cette phase ne peut se reconnaître à l'auscultation.

Laennec a remarqué que c'est bien au niveau des sommets et à droite particulièrement, qu'on observe les premières manifestations stéthacoustiques. Cette localisation se ferait, non à l'extrême sommet, mais 3 ou 4 cm. au-dessous du sommet, en un point voisin de la face postérieure. C'est ce point que le praticien averti ausculte avec soin à la partie interne de la fosse sus-épineuse, dans la région dite « zone d'alarme de Sergent ». A une bronchophonie diffuse, vont succéder des râles humides, du gargouillement de la pectoriloquie « *dans les excavations d'une étendue moyenne et qui ont peu d'infractuosités* » ; dans les excavations vastes, au contraire, « *la pectoriloquie disparaît et fait place à la respiration amphorique.* »

Remarquons, cependant, que tous ces signes stéthoscopiques si bien observés par Laennec, sont en réalité beaucoup plus complexes à interpréter dans la pratique journalière ; c'est qu'autour des lésions

bacillaires vont apparaître des processus inflammatoires, ou d'emphysème, ou de sclérose et qui donnent lieu à autant de signes physiques surajoutés.

SIGNES PHYSIQUES DE LA PLEURÉSIE

« La pleurésie ou inflammation de la plèvre tire son nom, dit Laennec, de la douleur, de côté qui en est ordinairement le symptôme principal. Le mot πleurίτις, dans le sens que lui donne Hippocrate, signifie même, à proprement parler, toute espèce de douleur de côté et surtout celles qui sont un peu fortes, persistantes et accompagnées de fièvre aiguë. »

Nous avons insisté, en parlant de la pneumonie, sur le fait que ces deux affections étaient constamment confondues. Laennec sépara définitivement les inflammations du poumon des inflammations de la plèvre : *« ... On s'est longtemps demandé si la pleurésie avait pour cause l'inflammation de la plèvre ou celle du poumon, si ces deux organes étaient affectés à la fois dans cette maladie ou si elle était placée tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre... Le mot pleurésie signifiera toujours pour nous l'inflammation de la plèvre, lors même qu'elle existerait sans douleur. »*

La plèvre, membrane séreuse, présente deux feuillets distincts; son feuillet viscéral suit intimement le poumon en pénétrant jusqu'au fond des scissures interlobaires, son feuillet pariétal tapisse la face pro-

fonde de la cage thoracique, la face supérieure du diaphragme et les parties latérales du médiastin. Ces trois parties du feuillet pariétal s'unissent entr'elles pour former les culs de sac pleuraux : cul de sac supérieur ou dôme pleural, cul de sac costo-diaphragmatique, cul de sac costo-médiastinal antérieur, cul de sac costo-médiastinal postérieur. Laennec a bien vu que c'est dans l'espace virtuel normalement compris entre les deux feuillets de la plèvre, que vont se développer les épanchements séro-fibrineux, hémorragiques ou purulents auxquels on donne le nom de pleurésies séro-fibrineuses, hémorragiques, purulentes ou empyèmes.

Laennec a montré la rougeur ponctuée de la séreuse pleurale, l'exsudation au niveau de sa surface interne de deux matières différentes : l'une demi-concrète, les fausses membranes, l'autre liquide, l'épanchement séro-purulent. Ces fausses membranes sont d'un blanc jaunâtre, plus ou moins molles, allant d'un feuillet à l'autre ou flottant librement dans la sérosité. L'épanchement, lui, se présente sous la forme d'une sérosité de couleur citrine, parfois un peu trouble. Tantôt, les fausses membranes prédominent, tantôt l'épanchement, tantôt enfin ces fausses membranes unissent les surfaces de la plèvre : c'est la pleurésie sèche, ce qui a lieu à la période de guérison quand le liquide est résorbé.

Les signes physiques apparaissent dès le premier jour de la maladie. Les voici, décrits par Laennec, dans son Cours de 1824-1825 :

« La Percussion donne ici plus de lumière que dans les autres maladies de la poitrine. Le son devient mat quelques heures après le développement du point de côté, et quand c'est une première pleurésie, dans toute l'étendue du côté. Quand le poumon a cédé, en bas, le son n'est point mat dans la partie supérieure du thorax où il se trouve refoulé. Si de plus, le poumon est refoulé de vieille date, la matité du son est peu ou même pas appréciable. »

Signes fournis par le stéthoscope. — Le plus saillant est l'égophonie : c'est une résonnance plus ou moins forte de la voix avec une modification pareille à celle qu'elle éprouve en traversant un anneau de roseau ou un roseau fêlé. Elle rappelle la voix d'une personne qui parle en mettant un jeton entre les lèvres et les dents.

C'est sans doute la compression des tuyaux bronchiques qui donne lieu à la résonnance grêle. De plus, en traversant le liquide épanché, le son doit éprouver la même altération. On en a la preuve directe en écoutant la voix à travers une vessie remplie d'eau.

C'est au pourtour de l'angle inférieur de l'omoplate qu'il faut la rechercher d'abord. Si l'épanchement augmente, ce n'est plus que vers le haut de la poitrine, là où la couche de sérosité est plus mince, que l'on entend l'égophonie. On ne l'entend plus s'il est trop considérable. Une fois, je l'entendis partout, et je conclus que le poumon devait être retenu à une petite distance des côtes par de nombreuses adhérences. L'autopsie vérifia ce diagnostic.

La respiration s'entend encore un peu lorsque le liquide épanché n'est pas abondant. S'il augmente, on ne l'entend plus, excepté vers la colonne vertébrale où on l'entend toujours parce que le poumon y est refoulé par l'épanchement.

Lorsque le liquide épanché est résorbé, on commence à entendre l'égophonie dans la partie supérieure de la poitrine. Le bruit respiratoire ne revient ordinairement que fort lentement. Le son revient plus vite, mais il ne parvient au même degré qu'à l'état naturel, qu'après beaucoup de temps.

Après une pleurésie considérable, lorsque l'épanchement a existé longtemps, le côté affecté se rétrécit. »

Et voici, à une époque où pleurésie et pneumonie se confondent, où Pinel distingue anatomiquement ces deux affections sans pouvoir leur donner de signes cliniques, que Laennec, armé du stéthoscope, les sépare à tout jamais. La pneumonie se distinguera par l'exagération des vibrations thoraciques, ses râles crépitants, son souffle tubaire intense; la pleurésie au contraire par l'abolition des vibrations, la disparition du murmure vésiculaire et l'égophonie.

Sans doute, la sémiologie des épanchements de la plèvre s'est considérablement enrichie, depuis le signe des spinaux de Ramond jusqu'à la pectoriloquie aphone de Bacelli (1875) en passant par la courbe de Damoiseau et la matité de l'espèce semi-lunaire de Traube. Néanmoins, c'est Laennec qui, le premier, a

constaté la matité de bois, signe qui lui paraît sans doute insuffisant, mais qui, joint à l'abolition du bruit respiratoire et à l'apparition de l'égophonie, le conduit à un diagnostic précis. Il a observé la rétraction du côté malade : *« Ces sujets ont l'air d'être penchés du côté affecté, lors même qu'ils cherchent à se tenir droits. La poitrine est manifestement plus étroite de ce côté; et si on la mesure avec un cordon, on trouve souvent plus d'un pouce de différence entre son contour et celui du côté sain... »* : signe que le praticien habile constate chez les anciens pleurétiques lorsqu'il examine avec méthode un thorax, comme l'avait montré Laennec.

SIGNES DU PNEUMOTHORAX

C'est au temps où Laennec était l'élève de Corvisart, qu'Ilard, en 1803, donnait une description du pneumothorax : *« C'est un épanchement aériforme dans la cavité de la plèvre. »* Quelques observateurs l'avaient auparavant incomplètement décrit; il s'agissait de simples remarques d'anatomistes qui, en ouvrant un cadavre, ou de chirurgiens qui faisant l'opération de l'empyème, avaient vu de l'air s'échapper à l'ouverture de la poitrine, ce qui avait peu fixé leur attention.

Mais cette affection n'ayant pu se reconnaître cliniquement par les simples troubles fonctionnels qu'el-

le présente, le travail d'Itard passa inaperçu. C'est Laennec qui, avec le stéthoscope, va l'isoler et en donner une excellente description :

« Les Anciens, nous dit-il (Cours 1824-1825), en avaient une notion confuse. Ils l'appelaient empyème d'air.

Pneumothorax simple :

1) *L'air peut être exhalé par la plèvre; très souvent, à l'ouverture de la poitrine, il s'échappe des gaz : cette exhalation se fait sans doute à l'agonie.*

2) *L'air peut s'épancher dans la plèvre après la rupture du poumon par un coup reçu sur le thorax.*

Pneumothorax compliqué :

Il est bien plus fréquent que le précédent. Vers la fin de la pleurésie aiguë, une partie de l'épanchement s'absorbe et est remplacé par un gaz : ce gaz est toujours inodore. Au contraire, dans la pleurésie chronique, le fluide décomposé donne naissance à des gaz fétides. Dans l'hydrothorax simple, il peut s'échapper un gaz sans inflammation. Dans la gangrène du poumon, lorsque l'escharre intéresse la plèvre, l'air du poumon s'épanche dans la plèvre. Si la gangrène occupe un tuyau bronchique, le cas est moins grave, car le pus et l'air s'évacuent par cette voie. Le même effet résulte bien plus souvent de la Phtisie.

Signes du Pneumothorax simple :

La percussion peut induire en erreur en faisant prendre le côté sain pour le côté malade. Il existe une

augmentation du volume du côté, une absence de la respiration et une respiration puérile du côté opposé.

Signes du Pneumothorax avec simple épanchement liquide :

Outre les signes précédents, il y aura absence de son dans la partie inférieure du thorax où se trouve le liquide. La succussion qu'employait Hippocrate fait entendre le bruit de flot; mais un liquide contenu dans l'estomac et mêlé à des gaz pourrait faire entendre le même bruit.

Signes du pneumothorax avec communication dans les bronches :

C'est le tintement métallique, joint à l'absence du bruit de la respiration. Ce bruit s'entend d'ailleurs aussi dans les cas où une vaste cavité du poumon communique avec les bronches. »

Si Itard et Laennec avaient admis qu'un gaz pouvait se dégager de la plèvre elle-même (pneumothorax par fermentation) nous savons maintenant que ce cas est extrêmement rare et s'observe seulement dans certaines pleurésies putrides et gangréneuses, conséquence d'une transformation chimique des molécules albuminoïdes sous l'action des germes anaérobies. Dans l'immense majorité des cas, le gaz pénètre dans la plèvre par la déchirure d'un de ses feuillet (pneumothorax par effraction) à la suite d'un traumatisme, ou spontanément dans certaines affections pulmonaires ou pleurales, et surtout au cours de la tuberculose, résultat de la fonte d'un tubercule sous-pleural, fait noté par Laennec.

Par contre, les signes physiques sont observés d'une façon remarquable, signes qui vont permettre de reconnaître le pneumothorax simple, le pneumothorax avec épanchement liquide et le pneumothorax avec épanchement liquide et communication fistuleuse avec les bronches.

La première variété se reconnaît aux signes suivants : le son est exagéré, tympanique, alors que le bruit respiratoire ne s'entend pas. Dans la deuxième, il y a, en outre, un son mat dans les parties déclives de la poitrine et la succussion hippocratique donne le bruit de fluctuation. Dans la troisième, tous les signes précédents existent et on entend de plus le tintement métallique « *bruit argentin analogue à celui que produirait un grain de sable tombant dans une coupe de cristal* », et le souffle amphorique « *souffle grave, expiratoire, à timbre creux, à résonnance métallique, argentine, tel qu'on peut le produire en soufflant dans le goulot d'une carafe vide* », mais bien plus souvent il s'agit d'un simple « *bourdonnement amphorique* » que d'un souffle véritable.

**

Dans la dédicace de son « Laennec », le Docteur Henri Duclos écrivait : « J'ai pensé à ces agonies sur lesquelles nous nous sommes courbés ensemble, à ces petits malades de l'Hôpital Laennec qui passaient de ce monde dans l'autre, un pauvre sourire résigné au coin des lèvres... J'ai pensé à nos conversations au chevet de ces lits. On précisait un symptôme, un diagnostic. Et, songeant à Laennec, à Laennec sans la-

boratoire, sans cobayes, sans microscope, sans rayons, l'un de nous ne manquait pas d'ajouter : « Il a tout vu, tout entendu, et tout compris. »

Et de fait, en quelques années, l'étude des maladies des voies respiratoires faisait de gigantesques progrès. Grâce au stéthoscope, les diverses affections de la poitrine sont isolées, définitivement classées. Laennec, élève de Corvisart, de ce maître éminent qui, en 1806, publiait son « Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux » aurait dû faire progresser d'un même pas la pathologie du cœur. Or là, le stéthoscope s'est montré impuissant. Quelle est la raison de cet échec? M. P. Gallois va nous renseigner sur ce point :

« Ce qui montre bien que c'était la méthode qui était le point capital de son œuvre, c'est que, si tout ce qu'il a dit du poulmon est resté intangible, il reste peu de chose de ce qu'il a écrit sur le cœur. Il l'avait considérée comme effectuée par Sénac et par Corvisart. Il y avait une autre raison qu'il ne pouvait pas soupçonner, c'est que la classification à laquelle nous avons abouti pour le cœur n'est pas une classification proprement anatomo-pathologique, mais une classification plutôt physiologique. Ce sont surtout les troubles du fonctionnement des orifices et des valvules, insuffisances ou rétrécissements, qui nous servent de criterium. Corrigan le signalait en décrivant l'insuffisance aortique. Il disait que la nature de la lésion n'avait pas d'importance, que ce qui importait, c'était son résultat, l'insuffisance des valvules. Or, la physio-

logie normale et pathologique du cœur était tout entière à faire. C'est même l'auscultation qui a permis en grande partie de la constituer, et ce travail a demandé une cinquantaine d'années.

A Chauveau et Marey, l'honneur d'avoir créé la physiologie du cœur.

Les Anciens n'avaient pas connu les maladies du cœur; il fallut attendre Michel Servet (1509-1553), et William Harvey (1578-1658) pour faire la découverte physiologique de la circulation. En 1749, Sénac avait composé un traité sur la structure du cœur, mais c'est Corvisart qui, par son « Essai sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux », paru en 1806, peut être considéré comme le premier cardiologue moderne.

Laennec a, cependant, fait une partie de la sémilogie du cœur : il en décrit les mouvements, leur étendue, leur choc, leur bruit, leur rythme. Le bruit produit est double : « *L'un clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet; l'autre, plus sourd, plus prolongé, coïncide avec le battement du poulx...* », mais il se trompa sur leur cause et leur mécanisme. Il ramène les bruits anormaux à deux : « *le bruit de soufflet* », parce que « *dans le plus grand nombre de cas, il ressemble exactement à celui que produit cet instrument lorsqu'il sert à animer le feu d'une cheminée* » et le « *frémissement cataire* », qui « *peut être comparé assez exactement au frémissement qui accompagne le murmure de satisfaction que font entendre les chats quand on les flatte de la main* ». Mais, ignorant comme ses contemporains, le

mécanisme de la révolution cardiaque, il ne put interpréter ces bruits normaux et anormaux, et décrivit, à l'exemple de son maître Corvisart, les hypertrophies et les dilatations du cœur comme des entités morbides alors qu'elles ne sont, en réalité, que des résultats anatomiques, suites d'insuffisances ou de rétrécissements valvulaires.

Du Cours de 1824-1825, nous ne retiendrons sur les maladies du cœur que quelques descriptions sur la péricardite et la myocardite.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA PÉRICARDITE

Corvisart avait décrit l'inflammation de la séreuse cardiaque. Il en avait distingué les formes aiguës et chroniques, décrit l'exsudation, les fausses membranes, les adhérences, les taches laiteuses qu'il ne considérait pas comme les produits de l'inflammation. Pour lui, les signes fonctionnels et physiques ne donnent pas d'indications nettes, si bien que le diagnostic lui semble, sinon impossible, du moins très difficile. Ici, Laennec va suivre la description de son maître, sans rien ajouter de nouveau.

« Les caractères anatomiques de la péricardite sont à peu près les mêmes que ceux de l'inflammation des autres séreuses : une rougeur, le plus souvent ponctuée, formée de petits points de sang qui comprennent toute l'épaisseur de la membrane, mais parfois cepen-

dant uniforme. Puis des fausses membranes plus ou moins épaisses, comme réticulées, souvent hérissées de petites granulations, mamelonnées, semblables à celles des hémisphères de Magdebourg lorsqu'on les a agglutinées avec du beurre et qu'on les sépare brusquement. Enfin, apparaît une sérosité limpide, citrine ou légèrement fauve.

Les plaques blanchâtres que l'on retrouve fréquemment sur le cœur et à l'origine des gros vaisseaux sont des fausses membranes, suites d'inflammations partielles.

Les symptômes en sont des plus obscurs et des plus variables. La percussion est le seul signe physique le plus constant et le plus certain : le son devient mat à la partie inférieure du sternum. L'angoisse, une dyspnée extrême, un pouls irrégulier, une douleur qui traverse la poitrine d'avant en arrière, tels sont les signes généraux des auteurs qui tous peuvent ne dépendre que d'affections nerveuses. »

Lænnec n'a donc rien ajouté au tableau de la péricardite qu'avait tracé Corvisart. Il en précisa peut-être les altérations anatomiques : la rougeur, les fausses membranes, l'exsudation, les plaques blanchâtres qu'il attribue nettement à des reliquats d'inflammations partielles. Au point de vue symptomatologique, il ne fit aucunement avancer le diagnostic : la matité précordiale mise à part, aucun signe ne satisfait son esprit, et il avoue dans son traité « *n'avoir jamais pu reconnaître la péricardite à des signes certains* ».

Les grands cliniciens du XIX^e siècle, au contraire, Bouillaud, Curshmann, Potain et bien d'autres, ont

fait de la péricardite une affection aussi bien définie cliniquement qu'anatomiquement ; ils l'ont parée d'une symptomatologie nette et précise depuis la matité en brioche jusqu'à l'encoche de Sibson ; elle survient dans des circonstances étiologiques définies, s'annonce par des troubles fonctionnels particuliers qui attirent l'attention d'emblée sur la séreuse cardiaque. A un frottement clinique caractéristique, correspondant au dépoli plus ou moins marqué de la séreuse dont les fausses membranes empêchent les feuillets de glisser l'un sur l'autre, succède en quelques jours, l'extension de l'aire de la matité précordiale, témoin de l'épanchement. La radioscopie montre alors un grand développement de l'ombre cardiaque et la ponction exploratrice ne fait qu'apporter une confirmation presque superflue.

En réalité, cependant, dans la pratique journalière, la péricardite est une des maladies le plus souvent méconnues, elle est fréquemment une découverte d'autopsie, et ceci, pour deux raisons : parce que sa sémilogie fonctionnelle et que ses signes généraux n'ont rien de caractéristique ; par ce que ses signes physiques ne s'extériorisent pas et qu'il faut penser à les chercher. Laennec avait donc raison, dans une certaine mesure, d'insister sur son diagnostic difficile, puisque même à l'heure actuelle, cette affection, si admirablement bien décrite, risque encore de passer dans certains cas inaperçue.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA MYOCARDITE

La myocardite aiguë fut décrite pour la première fois par Laennec sous le nom de « ramollissement de la substance musculaire du cœur. »

« Ce ramollissement, écrit-il dans son Cours 1824-1825, s'accompagne presque toujours d'un changement quelconque de sa couleur :

1) Parfois, les fibres musculaires prennent une couleur rouge plus intense, presque violette. Dans les fièvres continues graves, le cœur devient presque toujours violet et se laisse déchirer avec une extrême facilité par le bout du doigt.

2) Parfois, et plus ordinairement, les fibres deviennent jaunâtres, du jaune analogue au teint des cancéreux, teinte analogue à celle des feuilles mortes les plus pâles. Cette teinte se répand progressivement d'un point soit extérieur, soit intérieur, aux parties environnantes.

Quelquefois, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, le cœur est entièrement jaune.

3) Parfois enfin, il existe une pâleur presque blanche des fibres, surtout lorsque le ramollissement se produit après d'anciennes péricardites.

Le ramollissement de la substance musculaire du cœur est une altération organique peu connue. Elle semble être de même nature que l'ostéomalacie, et quoiqu'on en dise aujourd'hui, il existe une grande

différence entre l'inflammation et le ramollissement. »

Si Laennec décrit avec précision l'état du muscle cardiaque, flasque, flétri, de coloration différente, semblable le plus souvent à la couleur des feuilles qui tombent à l'automne, dont les fibres se dissocient avec une extrême facilité, cet état survenant le plus souvent à la suite de pyrexies longues et élevées; nous remarquerons, cependant, l'erreur qu'il commet en refusant de regarder le ramollissement du cœur comme le résultat de l'inflammation. Est-ce que, dans l'ardeur de la lutte qu'il livrait à l'Ecole Physiologique, qui ramenait tout à l'irritation, son esprit s'égarait sur ce point et lui fit admettre que le ramollissement du cœur était une affection de nature propre, de cause encore inconnue, semblable à l'ostéomalacie? C'est Bouillaud qui, peu d'années après Laennec, devait faire lumière à ce sujet et montrer, en effet, que ce ramollissement devait être regardé comme le résultat certain d'une inflammation du muscle cardiaque, inflammation qui se produit au cours de certaines maladies infectieuses, telles que la typhoïde, la pneumonie, la variole, la grippe... ou dans certaines septicémies.

**

LES PÉRITONITES AIGUES

Nous terminerons ce chapitre troisième par la description des Inflammations aiguës du péritoine, recueillie dans notre Cours de 1824-1825.

C'est au mois de septembre 1802, que Laennec révèle son esprit d'observateur dans un remarquable travail « Histoires d'Inflammation du Péritoine », où, se basant sur six observations personnelles, parfaitement prises et contrôlées par des autopsies, il fait l'histoire complète de la péritonite, la sépare des altérations des organes voisins avec lesquelles ses contemporains la confondaient et attire l'attention sur le « *fa-être parce que, sûr de ses connaissances, il ne cherche d'hui. « Parmi les nombreux élèves formés par le Pr Corvisart, concluait-il, quel est celui qui n'a pas été cent fois le témoin de la certitude avec laquelle il établit dans certains cas son diagnostic à la seule vue du malade et pour ainsi dire au premier coup d'œil?*

Ce tact indéfinissable, mais sûr, qui distingue les grands praticiens, ne peut cependant être fondé que sur des signes sensibles (au moins pour eux) ; mais quoique celui qui reconnaît par leur moyen une maladie ou une indication ne puisse se rendre compte à lui-même de ce qui a déterminé ce jugement (peut-être parce que, sûr de ces connaissances, il ne cherche pas la manière dont il les a acquises), il ne faut pas, cependant, désespérer que l'observation souvent répétée ne puisse quelque jour amener à décrire sinon tous, au moins une partie de ces signes si difficiles à saisir... »

Voici, recueillie dans le Cours de 1824, la description de Laennec à ce sujet :

« A l'état aigu, l'inflammation du péritoine a été confondue, jusqu'au commencement de ce siècle par

les médecins avec l'inflammation du viscère que cette membrane recouvre. Wallther, en 1798, l'a fort bien décrite. Bichat arriva aux mêmes résultats par ses propres recherches et démontra que la fièvre puerpérale est une véritable péritonite.

Caractères anatomiques. — Le péritoine est rouge çà et là, mais jamais la rougeur n'est très intense. Le plus souvent, cette rougeur est ponctuée. Il apparaît en même temps un épanchement séreux et trouble, puis des fausses membranes albumineuses, plus minces et plus uniformes que celles que l'on rencontre dans la pleurésie. L'intervalle triangulaire que laissent entre eux les intestins se remplit de cette exsudation albumineuse qui les unit.

Le point le plus sujet à l'inflammation partielle est l'hypocondre droit, puis les enveloppes de l'utérus. L'arrière cavité des épiploons ne se prend que très rarement, et même dans les péritonites généralisées, dans les ascites, cette portion du péritoine ne paraît pas affectée.

Une femme, à la suite d'une couche, présentait une douleur dans le flanc gauche que l'on attribuait à un carcinome du colon. En examinant avec attention le centre et le pourtour de la tumeur, je parvins à reconnaître que cette tumeur prétendue squirreuse, était due à un épanchement de fausses membranes et de sérosité.

Les fausses membranes se transforment en tissu cellulaire et même à la longue disparaissent. L'épiploon

qui a été le siège de l'inflammation, se roule sur lui-même et ne peut plus être étendu. Tantôt, c'est transversalement qu'il s'enroule, tantôt verticalement.

SIGNES DE LA PÉRITONITE :

Douleur très aiguë, extrêmement vive, augmentant à la plus légère pression, ce qui ne se voit jamais dans l'inflammation des intestins, même quand leur muqueuse est ulcérée au même degré. Cette douleur augmente au moindre mouvement, par l'inspiration, le passage des gaz, l'excrétion des urines et des matières fécales. Lorsque l'épanchement est formé, on le reconnaît à la fluctuation qui se fait sentir au bas des flancs tout particulièrement. Un autre signe, propre à la péritonite, c'est le grippement de la face : la peau est sèche, les traits sont tirés en haut et contractés vers le milieu du front. En même temps, on note des vomissements bilieux, de la constipation et de la dyspnée. Le pouls est petit, rapide, la fièvre très élevée.

Pronostic. — *Les péritonites partielles sont peu graves. Au contraire, les péritonites généralisées sont les plus sérieuses des inflammations, et c'est là où échouent le plus souvent les secours de la médecine.*

Causes. — *Excès vénériens, anaphrodisiaques, le sommeil à l'air froid pendant l'ivresse, les hernies, étranglées, la perforation de l'estomac, des intestins, la rupture de la vésicule du fiel. La circonstance la plus propice à déterminer cette maladie est l'accouchement, soit que la nouvelle accouchée se soit exposée à l'air froid, soit par l'effet de l'encombrement*

des hôpitaux; ainsi, autrefois, la mortalité à l'Hôtel-Dieu était effrayante.

Dans les péritonites puerpérales, la fièvre est plus marquée que dans les autres péritonites. La première ouverture de cadavre faite dans cette circonstance a fait adopter l'opinion qui rattache cette maladie à la sécrétion du lait détournée. Les chirurgiens français ont les premiers répandu cette idée. »

Laennec a bien compris la péritonite aigue au point de vue anatomo-clinique. Il décrit les altérations qu'il reconnaît au seul péritoine rouge, vascularisé, leur siège, les fausses membranes qui vont unir les intestins les uns aux autres et provoquer la formation d'adhérences, le liquide citrin qui s'épanche dans la grande cavité au bout de quelques jours. Les symptômes cliniques en sont décrits d'une façon minutieuse : la douleur aigue, augmentée par la palpation, les vomissements, la constipation fréquente, le pouls petit, rapide, le facies spécial dit péritonéal. Il remarque les points du péritoine sensibles à l'inflammation : l'hypocondre droit (sans doute a-t-il décrit les péritonites localisées d'origine appendiculaire), les enveloppes de l'utérus (péritonites sans doute d'origine génitale du post partum, ou pelvi-péritonites annexielles).

Quant à l'étiologie de ces inflammations, le mécanisme lui en échappe, cette découverte devait découler du génie de Pasteur : il remarque, cependant, que ces péritonites surviennent à la suite des hernies étranglées, de la perforation de l'estomac, des chole-

cystites suppurées, à la suite des accouchements. Quant aux autres causes : excès vénériens, sommeil à l'air froid, l'encombrement des hôpitaux... elles sont purement fortuites, de même que sa conception des fièvres puerpérales. A une époque où on accumulait hypothèses sur hypothèses à ce sujet, il vit, et c'est son plus beau titre de gloire, que l'épanchement qu'il rencontrait dans la cavité abdominale était le résultat de l'inflammation du péritoine, et non composé de lait comme le voulait Willis. *« Quant à déterminer la cause de cette inflammation, nous ne chercherons point, dit-il, à examiner si elle est due à la rétention du lait, à celle des lochies, ou si, comme le pensait l'illustre et malheureux Bichat, ces deux derniers phénomènes sont produits par elle »*. C'eût été annoncer théorie sur théorie et Laennec risquait de fausser son jugement de pur observateur.



Nous ne saurions mieux synthétiser toutes les observations précédentes que par la citation de cette page de Laennec. Il s'agit d'une réponse aux critiques de M. Broussais :

« Je terminerai avec M. Broussais comme il termine avec moi, par quelques conseils en échange de ceux qu'il a bien voulu me donner, et dont malheureusement je n'ai pu faire mon profit. Ainsi, je ne puis me déterminer à suivre ses exemples, bien qu'il m'en ait sommé par trois fois. Je ne puis non plus me déterminer à faire quelques sacrifices à l'amour-propre, fussè-je certain par là de devenir, comme il me l'as-

sure, un médecin physiologique des plus distingués. Je lui conseille plutôt... d'attacher moins d'importance à des mots qui n'ont de valeur et de sens que celui que l'on donne par une bonne définition; de chercher un juste milieu entre mes longues descriptions anatomiques et ses courtes observations; de substituer à la dénégation des faits qu'il ne connaît pas le silence ou le simple doute philosophique... et alors je crois que nos manières de voir commenceront à se rapprocher. Alors, il nous accordera sans doute cette proposition qui ressort des ouvrages et des exemples de tous les princes de la Médecine, depuis Hippocrate jusqu'à et de notre côté, nous conviendrons volontiers qu'il est en ces termes : « *Ars medica tota in observationibus* » ; de notre côté, nous conviendrons volontiers qu'il est dans la nature de l'homme de chercher à lier entre eux les faits dont l'ensemble constitue une science, que l'étude des anciennes théories, les efforts pour en créer de nouvelles peuvent être loués comme des amusements de l'esprit, pourvu qu'ils ne servent qu'à rallier les faits et qu'on soit prêt à les abandonner dès qu'un fait leur résiste; mais nous penserons toujours que, si dans l'état actuel de la science, on ne peut rallier les faits physiques et chimiques que par groupes et à l'aide de théories diverses qui n'ont le plus souvent aucun rapport entre elles; à plus forte raison, les maladies, modifications dans l'économie animale, qui peuvent être produites par tous les agents physiques et chimiques, et de plus par des aberrations des actions vitales, pour l'étude et l'appréciation desquel-

les nous n'avons presque aucuns moyens, ne peuvent pas être rapportées seulement à deux causes opposées. »

CONCLUSION

Découvrir la méthode applicable à une science est une œuvre capitale, car c'est la méthode seule qui permet les progrès de cette science. Devant l'extrême complexité des phénomènes, les difficultés particulières inhérentes à chaque science, la méthode apparaît comme un chemin tracé qui conduit à la vérité. « *Ars longa, vita brevis* » disaient les Anciens : de là l'utilité d'une bonne méthode qui évitera les pertes de temps, les tâtonnements incertains, les égarements plus ou moins inconnus.

Tout homme en a besoin : sans doute, un esprit heureusement doué pourra trouver d'instinct plusieurs des règles de la méthode, car qu'est-ce que le talent, le génie lui-même, sinon une intuition rapide des règles de l'art et de la science ? Mais, par ailleurs, que de sources d'égarements pour cet esprit le mieux doué, pour ce génie même ! Plus l'esprit est prompt, plus l'imagination est vive, plus les écarts sont grands quand ils sortent de la voie : « *Claudus in via antecedit cursorem extra viam* » disait Bacon, et Descartes nous assure que « ceux qui ne marchent que fort lentement peuvent avancer beaucoup davantage ».

toujours le droit chemin, que ne font ceux qui courent et s'en éloignent ».

Galilée observant dans la Cathédrale de Pise les oscillations d'un lustre et découvrant les lois du pendule; Lavoisier mesurant les quantités d'oxygène et d'azote dans l'air de la respiration, ont découvert des méthodes nouvelles qui ont permis aux sciences physico-chimiques de prendre un formidable essor. Laennec, introduisant en médecine la méthode d'observation, a dégagé à tout jamais cette science de théories vagues et fantaisistes et a posé la première pierre d'un édifice qui monte chaque jour vers le ciel. C'est aujourd'hui, la Médecine assise définitivement sur l'observation et l'expérimentation, que nous pouvons juger, nous reportant cent années en arrière, tout ce que la Science médicale doit à Laennec. Montrer la portée de son œuvre, en faire en quelque sorte la philosophie, telle sera la conclusion de ce petit travail.

Quelle est donc la méthode de Laennec? Lui-même la définit dans un passage de sa thèse : *La seule méthode par laquelle on puisse acquérir des connaissances solides en médecine consiste à n'adopter aucun principe qui ne soit prouvé par un grand nombre de faits particuliers, à étudier avec soin le caractère et la marche des maladies, et à les traiter d'après les observations de ce qui a réussi dans les cas semblables. C'est là cette méthode qu'Hippocrate dit avoir été connue longtemps avant lui et qu'il regarde comme la seule au moyen de laquelle on puisse faire des découvertes réelles.* »

Depuis les temps hippocratiques, en effet, la métaphysique jouait dans la Médecine un rôle prépondérant : des théories fortuites surgissaient, s'alliaient ou se heurtaient, disparaissaient ou s'élevaient au titre de doctrines plus ou moins fantaisistes. Laennec, apparu au milieu de la tourmente révolutionnaire, va délivrer cette science d'une sorte d'esclavage et montrer la route à suivre. Cette route n'est pas toujours agréable, elle est semée de passages épineux, décourageante parfois pour le voyageur qui voudrait revenir en arrière. « *Je ne sais*, écrivait-il dans la dédicace de la seconde Edition de son Grand Traité, *par quels destins la foule des médecins se précipite vers les théories hypothétiques... Certes, les raisonnements sur la nature et les causes des choses seraient plus agréables à de jeunes esprits que l'observation soignée des malades, la récolte laborieuse et la recherche dégoûtante des maladies dans les viscères des morts.* »

S'étant donné pour règle de n'être qu'un observateur, il le fut : Etudiant minutieusement les lésions sur le cadavre, il cherche là l'explication des symptômes observés minutieusement sur le vivant. Puis comparant ces signes entre eux, il arrive à établir la signification anatomo-pathologique des symptômes : c'est le but qu'il s'est proposé.

Sa manière de procéder est l'analyse : à propos de chaque signe physique, il décrit les lésions anatomiques que ce signe fait connaître et la maladie qu'il indique. C'est du moins la méthode qu'il emploie dans la première édition de son Grand Traité, où il expose

des faits nouveaux qu'il s'agit de démontrer. Mais l'analyse réclame la synthèse, et c'est ainsi qu'en 1826, quand il donnera sa seconde édition, il suivra une autre méthode, la méthode synthétique : les signes nouveaux étant connus et leur valeur démontrée, il pourra d'abord décrire la sémiotique pulmonaire et faire ensuite l'histoire des maladies des poumons et du cœur.

Ses qualités sont celles de tout excellent observateur : une curiosité toujours en éveil qui trouve des sujets d'étonnement, là où le vulgaire reste indifférent, une sagacité particulière qui a le pouvoir de distinguer les faits et de leur attribuer une signification propre, une patience enfin qui sait résister à l'empressement lequel porte naturellement à la conclusion. « C'est qu'il était de ceux, dit le P^r Bar, qui, comme le sage de Babylone, savent découvrir des différences entre les choses qui paraissent uniformes aux autres hommes; il savait voir, et d'un jeu d'enfant, entrevu par hasard, il déduisait l'auscultation médiate; il savait entendre, et son oreille musicale reconnaissant des variétés dans les sons confus nés dans la poitrine de l'homme malade, il en comprenait la signification. C'est ainsi qu'il a doté la Médecine, non seulement de l'auscultation, mais encore de la méthode anatomo-clinique qui, par la recherche ordonnée du rapport entre le symptôme et la lésion, a régi l'art médical pendant tout un siècle. »

Laennec fut un grand observateur. Mais l'esprit du savant ne peut se borner à la simple constatation des

faits, il cherche le pourquoi des choses : « La véritable science, a dit Bacon, c'est la science des causes. » Et voici que deux grands hommes, l'un physiologiste, l'autre chimiste, apparaissent, observent minutieusement les faits, émettent des hypothèses, vérifient ensuite ces hypothèses par l'expérimentation et introduisent ainsi en médecine la vraie méthode scientifique. Mais une fois l'expérience mise en train, leur imagination s'efface, ils restent humblement soumis l'un et l'autre à l'observation rigoureuse des faits; et le premier, Claude Bernard, découvrant par exemple la fonction glycogénique du foie dans sa célèbre expérience du foie lavé; le second, Pasteur, détruisant à jamais la théorie des générations spontanées, isolant le germe de son milieu naturel, l'obtenant vivant en culture pure et reproduisant ensuite toute la maladie, ne sont-ils pas, chacun dans leur science, mais travaillant à un même but, le soulagement des malades, les continuateurs directs de Laennec?... N'est-ce pas ce même esprit d'observation que nous retrouvons dans cette page de Claude Bernard, que nous nous permettons de reproduire et qui constitue le plus bel éloge qu'on puisse faire à la méthode de Laennec?...

« On a raison d'admettre que l'esprit de l'homme ne s'exerce que sur deux ordres de notions : les unes subjectives ou abstraites, les autres objectives ou concrètes... En Physiologie et en Médecine, nous n'avons affaire qu'à des réalités objectives, et nous sommes en plein dans ce qu'on appelle les sciences d'observation.

et d'expérimentation, parce que l'observation et l'expérimentation peuvent seules établir les réalités ou les faits sur lesquels ces sciences se fondent. Mais, ces faits une fois établis, ne restent jamais isolés dans notre esprit; nous les comparons, nous les rapprochons, et nous y mêlons immédiatement des notions subjectives en formulant sur eux des lois ou des théories qui ne sont que des représentations abstraites que nous nous faisons, relativement aux causes ou au mécanisme de ces faits ou de ces phénomènes... Rapprocher les faits pour en tirer des lois, c'est la méthode suivant laquelle toute science se constitue; de même que le procédé logique qui consiste à partir de ces lois formulées pour y faire rentrer les recherches nouvelles, est le seul moyen que cette science possède pour avancer réellement. Seulement, ce qu'il faut ne pas perdre de vue, c'est que les faits bien observés, sont eux seuls les réalités invariables, indestructibles, tandis que les interprétations que nous appelons des lois et des théories ne sont que des abstractions ou des manières de voir en rapport avec l'étendue de nos connaissances, et conséquemment susceptibles de varier à mesure que nos connaissances se multiplieront, s'étendront davantage en présentant d'autres faces à cette même interprétation...

S'il nous a été donné de faire en physiologie quelques découvertes imprévues, nous croyons le devoir à ce que nous nous sommes toujours placé dans cette disposition d'esprit qui n'accorde aux théories qu'une valeur essentiellement relative et entièrement subjec-

live, tout en appréciant leur importance pour diriger les investigations et solliciter l'expérimentateur à voir des phénomènes qu'il n'aurait pas vus sans cela. Tout le monde s'étonne alors de les avoir, pendant si longtemps laissés passer inaperçus, ce qui justifie le mot d'un illustre physicien de nos jours, M. Biot, que « rien n'est plus clair que ce qu'on a trouvé hier, et rien n'est plus difficile à voir que ce qu'on trouvera demain. »

Si nous faisons si bon marché de nos théories et de nos lois, c'est que nous avons conscience de leur imperfection. Mais il y a des esprits qui saisis à juste titre d'admiration pour la simplicité et la généralité des lois qui régissent les sciences astronomiques et quelques parties des sciences physico-chimiques, voient dans l'application de ces théories à la découverte des faits nouveaux, l'idéal de la puissance intellectuelle de l'homme sur la nature. Ces esprits se trouvent comme humiliés quand, en Physiologie et en Médecine, ils se voient arrêtés à chaque pas dans leur essor imaginaire par la réalité matérielle. par ce qu'on appelle le fait brutal... On les voit alors, tordant et mutilant les faits pour les faire entrer dans leurs vues, éliminant ceux qui leur sont contraires, arriver à construire des systèmes que leur talent peut faire briller d'un éclat plus ou moins vif, mais dont la vérité finit toujours par faire justice... Ces hommes prouvent uniquement qu'ils n'ont pas le sentiment de la nature de la science qu'ils cultivent, ni la conscience de l'état dans lequel elle se trouve. » (Leçons de Physiologie appliquées à la médecine, faites au Collège de France, 1854).

« Le génie, a-t-on dit, c'est le sens du rythme ». Toute méthode scientifique a son rythme, tout homme a son rythme individuel. Parallèlement au rythme d'un Wagner dans l'art de la musique, se dresse le rythme d'un Laennec dans l'art de la médecine, rythme tutélaire qui, se poursuivant depuis plus d'un siècle, a permis à d'autres génies d'aborder le problème des causes de la maladie. Mais avant d'en rechercher la cause, seul but de toute méthode vraiment scientifique, le médecin doit commencer par un examen minutieux du malade, et c'est pourquoi il nous a semblé que ce Cours du Collège de France 1824-1825, le dernier que devait y faire Laennec, rempli d'observations précises et intéressantes, pouvait avoir quelque utilité.

Vu : *Le Président de thèse,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.



STATUE DE LAENNEC A QUIMPER

BIBLIOGRAPHIE

1. RENÉ-THÉOPHILE-HYACINTHE LAENNEC. — Cours Collège de France, 1824-1825. — *Traité Auscultation médiate.*
2. D^r ALFRED ROUXEAU. — Laennec après 1806.
3. D^r HENRI SAINTIGNON. — Laennec : sa vie, son œuvre.
4. D^r HENRI BON. — Laennec.
5. D^r HENRI DUCLOS. — Laennec.
6. P^r ACHARD. — Le rôle de Laennec dans l'évolution de la Médecine. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
7. P^r ACHARD. — Thèse de Laennec (1781-1826). *Paris médical*, 11 déc. 1926.
8. P^r D'ARSONVAL. — Laennec au Collège de France. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
9. P^r BAR. — Allocution à l'Académie de Médecine. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
10. P^r LÉON BERNARD. — La tuberculose depuis Laennec. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.

11. P^r CALMETTE. — La prévention de la tuberculose depuis Laennec. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
12. P^r LETULLE. — Laennec anatomo-pathologiste. depuis Laennec. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
13. P^r MÉNÉTRIER. — Laennec et la découverte de l'auscultation. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
14. P^r MIRAILLIÉ. — Les origines médicales de Laennec. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
15. P^r ROGER. — Laennec à la Faculté de Médecine. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
16. P^r SERGENT. — Laennec clinicien et médecin. *Presse médicale*, 18 déc. 1926.
17. P^r LEREBoullet. — Quelques pages de Laennec. *Paris médical*, 11 déc. 1926.
18. D^r ALONCLE — Autour de Laennec. *Vie médicale*, 11 janv. 1927.
19. D^r BARBILLION. — Broussais et Laennec. *Paris médical*, 21 déc. 1926.
20. D^r CABANÈS. — Glanes sur Laennec. *Gazette des Hôpitaux*, 18 déc. 1926.
21. D^r BELLENCONTRE. — Laennec praticien. *Presse médicale*, 11 déc. 1926.
22. D^r BONNET-ROY. — Centenaire de Laennec. *Bulletin médical*, 1^{er} janv. 1927.

23. D^r COFFIN. — Laennec étudiant. *Vie médicale*, 24 déc. 1928.
24. D^r COURCOUX. — Laennec. *Presse médicale*, 11 déc. 1926.
25. D^r GALLOIS. — Laennec créateur de la méthode en Médecine. *Presse médicale*, 11 déc. 1926.
26. D^r GALLOIS. — Services rendus par Laennec aux malades. *Vie médicale*, 24 déc. 1926.
27. D^r MEVEL. — Laennec à Kerlouarnec. *Paris médical*, 11 déc. 1926.
28. D^r THIBIERGE. — Le centenaire de Laennec à Ploaré. *Presse médicale*, 21 août 1926.

OUVRAGES DIVERS

29. BEZANÇON. — Traité de Pathologie Interne.
30. COLLET. — Pathologie Interne.
31. RAMOND. — Conférences de clinique médicale pratique.
32. CLAUDE BERNARD. — Introduction à la Médecine Expérimentale. Leçons de Physiologie expérimentale faites au Collège de France.
33. DALBIS. — Anatomie et Physiologie animales.
34. GABRIEL HANOTAUX. — Histoire de la Nation Française (Sciences).

- 35. E. LAVISSE. — Histoire de France contemporaine.
- 36. MALET. — Histoire contemporaine.
- 37. VIALLETON. — L'origine des êtres vivants.
- 38. GOURY. — Origine et évolution de l'homme.
- 39. BOUILLET. — Dictionnaire d'Histoire et de Géographie.

L'Imprimerie de l'Anjou, 21, boul. Gaston-Dumesnil. — ANGERS
